



***RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA REPONSE***

***INSTITUT GUSTAVE ROUSSY
(Val-de-Marne)***

Exercices 2018 à 2022

Le présent document a été délibéré par la chambre le 7 novembre 2023

AVANT-PROPOS

Le présent rapport d'observations définitives, une fois délibéré, est adressé aux représentants légaux des collectivités ou organismes contrôlés afin qu'ils apportent, s'ils le souhaitent, une réponse qui a vocation à l'accompagner lorsqu'il sera rendu public. C'est un document confidentiel réservé aux seuls destinataires, qui conserve un caractère confidentiel jusqu'à l'achèvement de la procédure contradictoire. Sa divulgation est donc interdite, conformément à l'article L. 241-4 du code des juridictions financières.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	7
RECOMMANDATIONS.....	10
PROCÉDURE.....	11
OBSERVATIONS	12
1 L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY EST UN ETABLISSEMENT DE REFERENCE INTERNATIONALE EN CANCEROLOGIE.....	12
1.1 Un établissement spécialisé dans les cancers complexes à l'échelle mondiale	13
1.2 L'activité de l'IGR baisse tendanciellement	16
1.3 Les patients hospitalisés à l'IGR le sont plus longtemps qu'ailleurs, ce qui contribue à maintenir l'occupation des lits	17
1.4 L'impact de la crise Covid sur la prise en charge des patients de l'IGR	19
1.5 Une spécialité stratégique pour l'IGR : les patients non-résidents, non assurés sociaux	20
1.6 L'activité d'urgences	22
2 UNE GOUVERNANCE REGULIERE MAIS DES CHANGEMENTS DE DIRECTION IMPORTANTS.....	23
2.1 Une organisation originale, adaptée à l'activité de cancérologie	23
2.2 L'évolution de l'équipe dirigeante	23
2.3 Un conseil d'administration ne disposant que d'une information stratégique partielle	24
2.4 Comité médico-administratif et comité de direction.....	25
3 L'ÉMERGENCE TARDIVE D'UN PROJET STRATEGIQUE DE GRANDE ENVERGURE	26
3.1 Un projet immobilier qui prend forme sur la fin de la période contrôlée	27
3.1.1 Le projet immobilier a été retardé par de complexes échanges de terrain dans le cadre de la ZAC Grand Parc.....	29
3.1.2 Le site de Chevilly-Larue ne fait pas l'objet d'une vision stratégique claire	29
3.2 Équipements : une politique de renouvellement insuffisante pour endiguer l'accroissement du taux de vétusté.....	31
3.2.1 Un parc de radiothérapie vieillissant et sous-utilisé.....	32
3.2.2 En pharmacie, le virage de la robotisation pris en 2019 ne résout pas complètement la dépendance à des personnels en tension.....	33
4 RESSOURCES HUMAINES : DES ZONES DE FRAGILITE CONCERNANT LES METIERS LES PLUS EN TENSION	35
4.1 Des ressources humaines en croissance, mais selon des déterminants contrastés entre personnel médical et non-médical	35

4.2 L'activité est limitée par des métiers en tension	38
4.2.1 L'établissement reste attractif pour les professions médicales	39
4.2.2 L'IGR souffre d'un manque de personnels dans certaines catégories particulièrement en tension	39
4.3 Le cadre des CLCC explique des écarts de rémunération avec la fonction publique	40
4.4 La gestion de l'absentéisme	41
4.5 La qualité de vie au travail, objet d'une attention particulière	42
5 UNE INFORMATION COMPTABLE INSUFFISAMMENT CLAIRE	43
5.1 Des comptes d'emploi des ressources réglementaires mais incohérents	43
5.2 Un mécanisme de certification qui a conduit à des ajustements comptables en 2018 et 2019	44
5.3 Un changement majeur de méthodes comptables en 2020 qui induit des écritures de régularisation sur des montants importants	45
5.3.1 Les changements opérés pour la comptabilisation des dons et legs	45
5.3.2 Les autres changements opérés à la faveur du passage à la nomenclature M21	46
5.3.2.1 Les projets de recherche	46
5.3.2.2 Les fonds dédiés	47
5.3.3 Les conséquences comptables des retraitements opérés en 2020	47
5.3.4 Des préconisations en matière de transparence financière, imparfaitement mises en œuvre	48
5.4 L'information médicale doit être fiabilisée pour sécuriser les recettes de l'établissement	49
5.5 Un rattachement des charges à payer assez faible	50
6 UNE SANTÉ FINANCIÈRE FRAGILISÉE PAR LA BAISSSE DE L'ACTIVITÉ	51
6.1 Les produits couvrent encore la hausse des charges, grâce aux dispositifs transitoires liés à la crise sanitaire	52
6.1.1 Le niveau de produits de l'établissement est artificiellement préservé par la garantie de financement consécutive à la crise sanitaire	52
6.1.1.1 L'activité de l'établissement lui rapporte moins de produits avec le temps	53
6.1.1.2 Des dotations d'exploitation en forte augmentation	54
6.1.1.3 Des dons et legs instables	54
6.1.1.4 Les ressources liées aux médicaments : une évolution contrastée	55
6.1.1.5 Depuis 2020, la garantie de financement protège l'établissement de l'effet de la chute de son activité	56
6.1.2 Les charges d'exploitation présentent une hausse constante sur la période	57
6.1.2.1 Depuis la crise sanitaire, un recours accru aux personnels extérieurs et l'alourdissement de certaines charges générales	58
6.1.2.2 L'activité médicale a nécessité d'importants besoins de médicaments sur la période et un recours à la sous-traitance médicale	59
6.1.2.3 Énergie et fluides : des risques liés au contexte inflationniste	59

6.2 Les performances financières : un établissement qui préserve ses marges de manœuvre malgré une faible rentabilité	60
6.2.1 Le taux de rentabilité nette	60
6.2.2 Une marge brute durablement basse	60
6.2.3 Le passage du résultat à la capacité d'autofinancement.....	61
6.2.4 Une capacité d'autofinancement régulièrement inférieur à la médiane	61
6.3 Le financement des investissements repose pour moitié sur des recettes d'investissement externes fortement dépendantes des dons et legs	62
6.4 Un équilibre patrimonial fragile	64
6.4.1 Un fonds de roulement net global négatif jusqu'en 2020, un encours de dette modéré	65
6.4.2 Une trésorerie portée par les crédits de recherche et les dons et legs	66
6.5 Des engagements hors bilan maîtrisés à partir de 2019	67
6.6 Un projet ambitieux, reposant sur des hypothèses de financement peu réalistes	68
ANNEXES.....	71
Annexe n° 1. Glossaire.....	72
Annexe n° 2. Effectifs des différentes catégories de personnel, 2018-2022	73
Annexe n° 3. Éléments de comparaison entre les normes comptables	74
Annexe n° 4. Principaux produits et charges	75

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes d'Île-de-France a contrôlé les comptes et la gestion de l'Institut Gustave Roussy (IGR), centre de lutte contre le cancer, pour les exercices 2018 à 2022.

Un établissement de renommée mondiale

L'IGR occupe une place singulière dans le paysage français de la santé. Établissement spécialisé dans la prise en charge des cancers les plus rares et nécessitant une grande proximité entre médecine et recherche, il fait figure d'établissement de pointe en cancérologie au niveau mondial.

Cette reconnaissance lui donne aussi comme particularité d'être très sollicité par les patients dits « internationaux » à savoir les patients étrangers ne résidant pas en France et dont les soins ne sont pas financés par l'assurance maladie française qui, présentant des pathologies rares, sont nécessaires pour maintenir la qualité de la recherche et apportent un complément financier important. Si l'organisation retenue a réservé des lits et des ressources humaines aux patients non-résidents, non assurés sociaux dans un espace dédié, l'établissement ne pourra garantir l'absence d'éviction de la patientèle relevant de l'assurance-maladie française qu'en ayant recours à d'importants investissements pour élargir les capacités des plateaux techniques.

Une activité en baisse

L'activité de l'IGR a été fortement affectée en 2021 et 2022, avec une chute de l'hospitalisation complète qui n'a pas été entièrement compensée en valeur par l'augmentation de l'activité ambulatoire. L'activité de chimiothérapie et de radiothérapie a également subi une baisse progressive. Toutefois, le nombre de nouveaux patients est resté stable, ce qui indique que chaque patient fait désormais l'objet de moins d'actes, notamment du fait de l'introduction progressive de l'hypo-fractionnement en radiothérapie.

L'émergence tardive d'un projet stratégique de grande envergure

La gouvernance de l'IGR, bien que formellement régulière, a été entravée par des changements de direction qui ont donné lieu à des ruptures stratégiques importantes dans un contexte par ailleurs bouleversé par la crise sanitaire et l'inscription du site de Villejuif dans les chantiers du Grand Paris.

Le projet stratégique de l'IGR prend désormais la forme d'un projet ambitieux conjuguant la rénovation de l'immeuble principal de l'institut avec la construction de divers bâtiments neufs. Ces investissements portent simultanément sur de nombreux domaines de soins, de recherche et de logistique ; ils ont pour finalité de maintenir la compétitivité internationale et le standard de soins de l'IGR.

En revanche, le site de Gustave Roussy 2 (Chevilly-Larue), peu conforme aux standards actuels pour l'activité hospitalière, ne fait pas l'objet d'une vision stratégique claire. Celle-ci doit être définie et assortie d'un chiffrage précis des surcoûts inhérents au fonctionnement de ce site.

Une pharmacie rénovée, une radiothérapie exposée à un risque de vétusté

À la suite d'une erreur de pharmacovigilance en 2019, l'établissement a consenti de lourds investissements pour rénover sa pharmacie en vue de sécuriser et d'optimiser la production des poches de chimiothérapie. En revanche, le parc de radiothérapie a peu été renouvelé depuis 2018. Cette difficulté matérielle obère notamment son attractivité pour les personnels. Des investissements importants sont nécessaires dans la période 2023-2027 pour prévenir un trop fort taux de vétusté.

Une gestion des ressources humaines confrontée à des pénuries de personnel

L'IGR emploie entre 2 500 et 2 700 personnes selon les années. Sa masse salariale augmente régulièrement sur la période contrôlée, tandis que le nombre d'équivalents temps plein revient en 2022 au même étiage qu'en 2018. La croissance de la masse salariale provient donc principalement d'augmentations de salaire.

L'IGR exploite en effet les souplesses du statut privé pour demeurer attractif par rapport au secteur public, tout particulièrement vis-à-vis des personnels positionnés sur des métiers en tension à l'échelle nationale et qu'il peine à recruter (infirmiers, manipulateurs radio, préparateurs en pharmacie), alors qu'il reste attractif pour les personnels médicaux. Ces pénuries limitent l'activité de l'établissement et conduisent à la réduction de ses capacités.

Elles se manifestent non seulement par des emplois non pourvus, mais aussi par un taux d'absentéisme relativement important. L'établissement a récemment commencé à prendre des mesures coordonnées pour lutter contre cet absentéisme et pour améliorer la qualité de vie au travail.

Une information comptable insuffisamment claire

Le cadre réglementaire de présentation des comptes (et notamment de comptabilisation des dons et legs), qu'il s'agisse de celui employé jusqu'en 2019 ou de celui en vigueur à partir de 2020, est peu adapté au cas de l'IGR. Dans les deux cas, l'établissement a fourni des synthèses incomplètes qu'il a dû assortir de commentaires et d'annexes complexes, ce qui a entravé la bonne information financière des instances gouvernantes.

L'IGR a procédé à des retraitements comptables significatifs à la faveur du passage à la nomenclature M21, qui ont essentiellement concerné la comptabilisation des dons et legs et le financement des activités de recherche. Cependant, l'information reste peu intelligible, ce qui a poussé l'établissement à créer une présentation parallèle, plus complète mais non réglementaire, de ses comptes d'emplois et de ressources.

Un équilibre financier préservé grâce à la garantie de financement

L'équilibre financier de l'IGR a été maintenu sur la période grâce aux dotations de fonctionnement reçues et, après 2020, à la garantie de financement des établissements de santé. L'IGR a ainsi pu, sur la période contrôlée, financer ses investissements par sa capacité d'autofinancement et une mobilisation des dons et legs non affectés tout en limitant son recours à l'emprunt. Cependant les investissements engagés entre 2018 et 2022 (146 M€) ont été limités aux renouvellements strictement nécessaires.

Une situation patrimoniale fragile

L'IGR présente une situation patrimoniale atypique et fragile. Peu endetté, il a affiché un fonds de roulement négatif de 2018 à 2020, faiblement positif depuis lors. Sa trésorerie repose ainsi, pour l'essentiel, sur la perception de recettes anticipées que sont les crédits de recherche et les dons et legs non affectés qui ont servi, de 2018 à 2020, à financer les investissements de long terme. Le faible niveau de trésorerie a contraint l'IGR à recourir à des découverts à hauteur de 3,7 M€ en 2020 et 7,6 M€ en 2021. La trésorerie s'est partiellement redressée en 2022 où elle représentait, au 31 décembre, 37,4 jours de charges d'exploitation.

Un plan de financement reposant sur des hypothèses peu réalistes

La réalisation du programme d'investissement très ambitieux démarré en 2022 (440 M€ entre 2023 et 2027), nécessaires pour maintenir le rang international de l'IGR, repose à ce jour sur un plan de financement dont les hypothèses de construction sont fragiles. La trajectoire d'exploitation envisagée est notamment fondée sur une croissance soutenue des dons et legs et de l'activité internationale, par nature soumises à des conjonctures imprévisibles.

La question est donc posée de l'ampleur du projet et de ses délais de réalisation au regard des ressources financières dont l'IGR pourra effectivement disposer.

À l'issue de son contrôle des comptes et de la gestion, la chambre formule trois recommandations visant à améliorer la performance de la gestion.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations de performance :

- Recommandation performance 1 :** Définir précisément le devenir du site de Chevilly-Larue dans le projet stratégique institutionnel..... 31
- Recommandation performance 2 :** Mettre en œuvre une politique de contrôle renforcé de la qualité de l'information médicale. 49
- Recommandation performance 3 :** Formaliser une stratégie financière en élaborant un plan global de financement pluriannuel actualisé sur la base d'hypothèses de construction réalistes sur 10 ans. 70

PROCÉDURE

La chambre régionale des comptes d'Île-de-France a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du centre de lutte contre le cancer Institut Gustave Roussy.

Ressources issues de la générosité publique

L'Institut Gustave Roussy produit chaque année un compte d'emploi des ressources (CER) précisant l'utilisation des fonds issus de la générosité publique.

Aux termes des articles L. 111-9 et L. 111-10 du code des juridictions financières, le contrôle de la conformité entre les dépenses financées par ces ressources et les objectifs de l'organisme bénéficiaire est une compétence exclusive de la Cour des comptes. À ce titre, le présent contrôle ne donne pas lieu à une vérification de cette conformité.

Les lettres d'ouverture du contrôle ont été envoyées le 13 janvier 2023 au directeur en fonctions et le 27 juin 2023 à ses prédécesseurs. Les lettres complémentaires concernant le rôle du contre-rapporteur ont été envoyées le 23 mai 2023.

L'entretien d'ouverture de contrôle a eu lieu le 30 janvier 2023.

Le contrôle s'est déroulé sur place et sur pièces.

L'entretien préalable à la fin de contrôle s'est déroulé le 21 juin 2023, en présence de M. Fabrice Barlesi, ordonnateur de l'établissement. Les entretiens préalables à la fin de contrôle ont été menés avec les anciens ordonnateurs le 10 juillet 2023.

Le rapport d'observations provisoires, délibéré le 11 juillet, a été envoyé le 1^{er} août 2023 au directeur de Gustave Roussy, à ses prédécesseurs sur la période ainsi qu'à l'ARS et aux tiers mis en cause. Les réponses des destinataires ont été reçues dans le courant du mois de septembre 2023.

La chambre régionale des comptes, délibérant en sa 7^{ème} section, a adopté le présent rapport d'observations définitives le 7 novembre 2023.

La réponse de l'Institut Gustave Roussy au rapport d'observations définitives, qui lui a été adressé le 22 décembre 2023, a été reçue par la chambre le 19 janvier 2024.

Cette réponse est jointe en annexe au présent rapport.

OBSERVATIONS

1 L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY EST UN ETABLISSEMENT DE REFERENCE INTERNATIONALE EN CANCEROLOGIE

Le 1^{er} octobre 1921, le Professeur Gustave Roussy crée à l'hôpital Paul-Brousse de Villejuif la première consultation en cancérologie, dessinant les bases de l'oncologie. Il fonde en 1926, à Villejuif, l'Institut du cancer. Cet institut devient d'utilité publique en 1927 et évolue en Institut Gustave-Roussy (IGR) après le décès de son fondateur en 1950.

L'IGR est un établissement de santé privé d'intérêt collectif à but non lucratif. centre de lutte contre le cancer (CLCC), son statut est issu de l'ordonnance n° 45-2221 du 1^{er} octobre 1945 modifiée par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, et par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi « HPST »).

L'établissement est un institut de soins, de recherche et d'enseignement, qui prend en charge des patients atteints de tout type de cancer, à tout âge de la vie. Son expertise des cancers rares et des tumeurs complexes est internationalement reconnue.

Premier centre européen de lutte contre le cancer, l'IGR arrive à la 3^{ème} place du classement des hôpitaux spécialisés dans le monde publié par le magazine américain Newsweek¹. Reconnu comme un acteur international majeur pour ses essais précoces, en immunothérapie et en médecine de précision, l'institut compte de nombreux médecins--chercheurs régulièrement récompensés par des prix dans des congrès internationaux ou sociétés savantes.

Au pied de l'Institut se construit l'une des plus importantes connections du réseau Grand Paris Express. La future station de métro « Villejuif-Institut-Gustave-Roussy », dont l'ouverture est prévue pour 2025, accueillera le prolongement des lignes 14 et 15. L'IGR sera ainsi directement relié au centre de Paris, aux aéroports d'Orly et de Roissy, ainsi qu'à La Défense.

L'établissement est membre d'Unicancer², qui rassemble tous les centres français de lutte contre le cancer.

¹ Le classement « World's Best Specialized Hospital », publié le 14 septembre par le magazine Newsweek et Statista, identifie et honore les meilleurs hôpitaux du monde entier dans 11 disciplines dont l'oncologie. Pour 2023, Gustave Roussy arrive au 3^e rang mondial des meilleurs hôpitaux en cancérologie.

² Unicancer est à la fois, la fédération des centres de lutte contre le cancer (CLCC) et un réseau de 19 établissements de santé privés, à but non lucratif, spécialisés en cancérologie. Unicancer est le premier promoteur académique d'essais cliniques en oncologie en France et sert de support à des marchés groupés.

1.1 Un établissement spécialisé dans les cancers complexes à l'échelle mondiale

L'IGR se spécialise dans la prise en charge des cancers les plus complexes, même en comparaison avec la moyenne des autres CLCC.

Tableau n° 1 : Séjours relevant des plus hautes sévérités (catégories 3 et 4³)

En %		Comparaison : autres CLCC	
	IGR	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
2018	16,35	9,03	14,6
2019	16,38	8,8	14,93
2020	14,45	8,2	14,12
2021	12,09	7,67	15,16
2022	11,26	ND	ND

Source : Établissement

Bien que demeurant supérieure à la moyenne des CLCC, la proportion de séjours de l'IGR relevant des sévérités les plus élevées (3 et 4) diminue continuellement depuis 2019, sans qu'il ait pu être fait la part entre la baisse effective de la lourdeur des cas traités et le raccourcissement des séjours, voire la dégradation de la qualité de codage⁴.

Les patients suivis à l'IGR présentent également des pathologies plus variées qu'ailleurs : moins de la moitié des patients relèvent des pathologies les plus courantes dans l'établissement :

Tableau n° 2 : Part de l'activité relevant des dix premières catégories de pathologie⁵, en %

	2018	2019	2020	2021	2022
IGR	47,4	47	47	49,1	NC
Médiane des CLCC	60	61,1	61,1	63,2	

Source : comparatifs annuels Unicancer

³ La classification des cas dans le programme de médicalisation des systèmes d'information comprend quatre niveaux de sévérité, c'est-à-dire de lourdeur des cas.

⁴ Le codage non exhaustif d'un acte réalisé (omission des diagnostics associés ou de comorbidités) engendre une classification de l'acte dans un degré de sévérité moindre que celui auquel il aurait pu prétendre. Or l'établissement a, sur la période, eu des difficultés à assurer la qualité de son codage (cf. section 5.4). De surcroît, le raccourcissement de la durée moyenne de séjour du fait de l'introduction de nouvelles techniques, a eu une incidence sur le niveau de sévérité. L'IGR fait valoir que la part des séjours de sévérité 3 et 4 parmi les séjours d'au moins quatre nuits, durée éligible à ces sévérités, est restée stable.

⁵ Entendues comme les dix racines de groupes homogènes de malades les plus fréquentes dans l'établissement.

Cette spécialisation est liée à l'importance historique de la recherche pré-clinique et clinique. En effet, entre un cinquième et un quart des patients de l'IGR sont inclus dans des essais cliniques, contre une moyenne de 14 à 16 % dans l'ensemble des autres établissements spécialisés en cancérologie. En 2020, Villejuif est le CLCC de France avec le plus haut taux d'inclusion de ses patients en études cliniques.

Tableau n° 3 : File active et patients inclus en études cliniques

	2018	2019	2020	2021	2022
File active⁶ tous CLCC	126 938	132 399	134 346	142 804	
<i>dont IGR</i>	<i>14 791</i>	<i>15 392</i>	<i>15 871</i>	<i>17 143</i>	<i>16 899</i>
Patients inclus en études cliniques	19 315	20 384	18 764	23 133	
<i>dont IGR</i>	<i>3 805</i>	<i>2 897</i>	<i>2 978</i>	<i>4 593</i>	<i>4 817</i>
<i>dont études cliniques à promoteur académique</i>	16 047	16 081	15 936	19 434	
<i>Dont IGR</i>	<i>2 971</i>	<i>2 175</i>	<i>2 410</i>	<i>3 833</i>	<i>4 033</i>
<i>dont études cliniques à promoteur industriel</i>	3 268	4 303	2 828	3 699	
<i>dont IGR</i>	<i>834</i>	<i>722</i>	<i>568</i>	<i>760</i>	<i>784</i>

Source : rapports annuels de la fédération Unicancer

Qualitativement, l'IGR signe des publications à fort impact dans son champ de recherche. L'indice SIGAPS⁷, qui retrace la fréquence à laquelle les revues dans lesquelles publie l'institution sont citées dans d'autres publications, est particulièrement haut à l'IGR : rapporté à la file active, il atteint notamment 11,1 en 2020⁸ contre 2,6 pour la médiane des CLCC français.

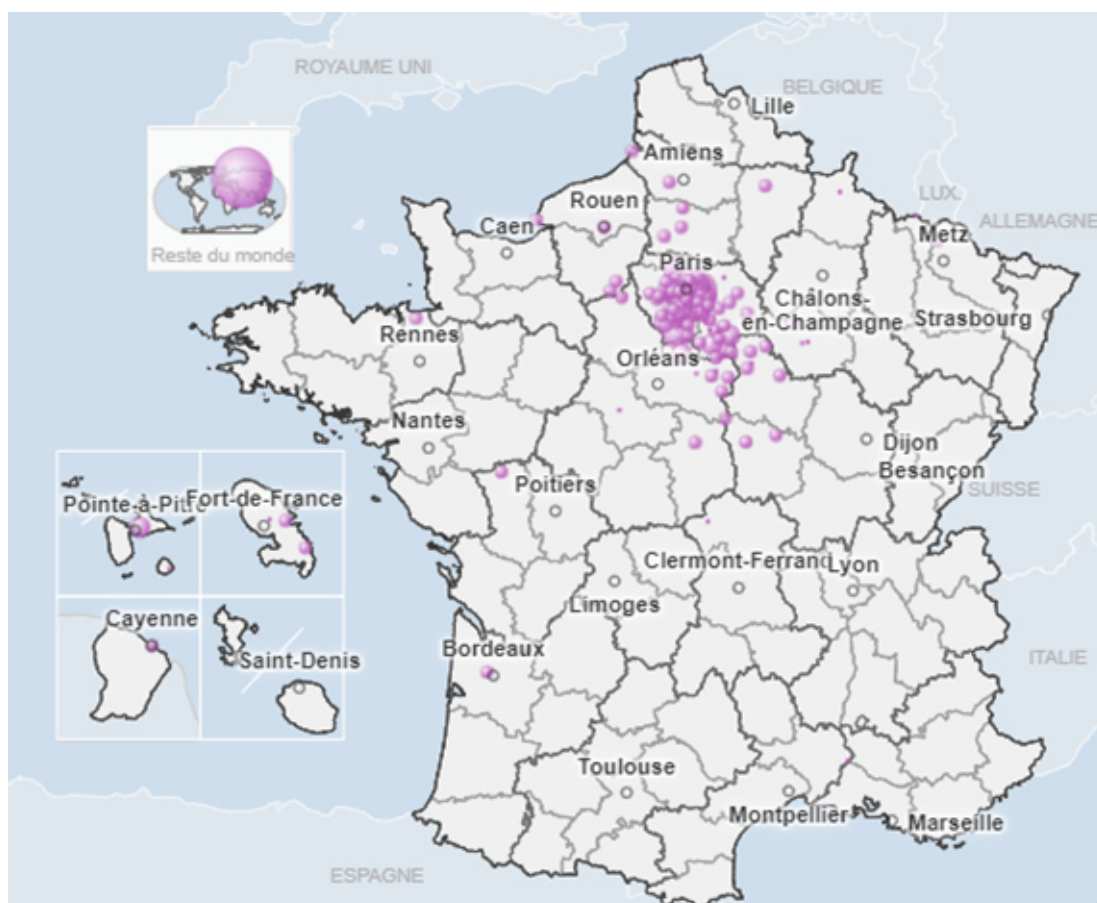
Cette particularité a un impact sur le positionnement de l'IGR. Au-delà d'un rôle local, l'établissement sert de ressource pour des patients souffrant de pathologies plus rares, répartis en France et dans le monde. En effet, pour maintenir leur activité, les équipes de recherche doivent pouvoir continuer à travailler sur des patients présentant des pathologies rares, quelle que soit leur provenance.

L'activité de chimiothérapie illustre particulièrement l'origine géographique variée des patients, et ce, alors même que la chimiothérapie est un processus relativement long, nécessitant une proximité durable avec le lieu de traitement.

⁶ Nombre de patients ayant consulté au moins une fois dans l'année dans l'établissement considéré.

⁷ Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques.

⁸ Point SIGAPS fractionnaire 2020 rapporté à la file active.

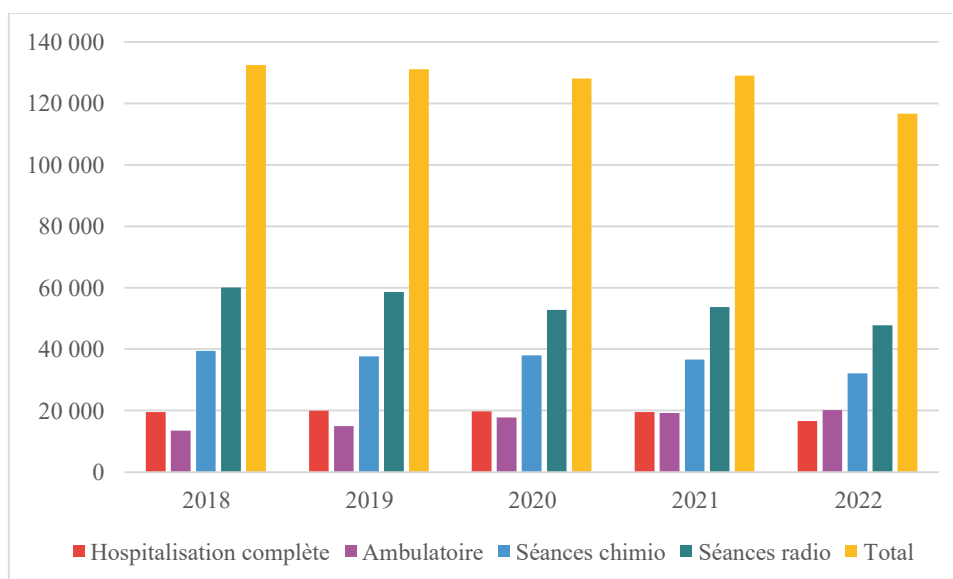
Carte n° 1 : Lieu de résidence des patients en chimiothérapie, année de référence 2018

Source : Hospidiag

De fait, la comparaison de l'activité et du positionnement de l'IGR n'a pas grand sens à l'échelle locale ; ce rapport privilégiera la comparaison avec l'ensemble des centres de lutte contre le cancer français.

1.2 L'activité de l'IGR baisse tendanciellement

Graphique n° 1 : Activité en nombre de séjours et séances



Source : IGR

L'activité en hospitalisation complète, stable jusqu'en 2021, observe une diminution de 15 % (- 2 978 séjours) en 2022, supérieure à celle constatée au niveau national pour les établissements privés sans but lucratif tels que l'IGR (- 11 %).

A contrario l'activité ambulatoire a observé une hausse de 50 % entre 2018 et 2022 (+ 6 711 séjours).

Le gain de recettes théoriques⁹ en ambulatoire (+ 6,9 M€) ne compense toutefois pas la perte sur l'hospitalisation complète (- 8,5 M€).

La chambre constate par ailleurs une forte diminution, sur la période contrôlée, de l'activité de séances de chimiothérapie (- 18,4 %) et de radiothérapie (- 20,5 %).

L'explication avancée pour cette chute, qui s'aggrave entre 2021 et 2022, concerne la tension, puis la pénurie, sur les postes de personnels paramédicaux, notamment sur le personnel infirmier à partir de 2020 et sur les manipulateurs spécialisés en radiothérapie (cf. section 4). Pour autant, la chute d'activité est observable dès le début de la période contrôlée pour les séances.

La radiothérapie est aussi affectée par l'orientation, à partir de 2020, vers l'hypo-fractionnement pour certains cancers fréquents tels que le cancer du sein : dans cette modalité clinique, les doses de radiation sont plus élevées par séance mais les séances sont moins nombreuses par patient¹⁰.

⁹ Recettes en 100% T2A c'est-à-dire la valorisation de chaque séjour au tarif du groupe homogène de séjour (GHS).

¹⁰ Entre janvier et août 2022, cette modalité a été appliquée à 263 patients atteints d'un cancer du sein.

Cette pénurie de ressources humaines a conduit l'IGR à opérer des fermetures de lits à partir de l'année 2021.

Tableau n° 4 : Évolution du nombre de lits et de places installés entre 2018 et 2021

Indicateur	2018	2019	2020	2021	2022
Nombres de lits installés en Médecine	279	308	317	308	268
- dont lits de soins intensifs	40	40	40	40	40
- dont lits de surveillance continue	14	14	14	5	8
- dont lits de réanimation	10	10	10	8	9
Places installées de Médecine	110	115	118	118	121
Lits installés de Chirurgie	137	140	141	141	106
Places installées de Chirurgie	12	17	17	17	17

Source : IGR

De plus, la file active présente une tendance à la hausse : 16 899 personnes ont consulté au moins une fois à l'IGR en 2022 contre 14 791 en 2018. Chaque patient de l'IGR fait désormais moins de visites à l'établissement : le nombre de consultations par patient passe de 9,5 en 2018 à 8,5 en 2021, tout en restant au premier rang national (la médiane des CLCC passe, elle, de 7,3 à 6,7).

De fait, l'établissement indique avoir adopté, là où cela était possible sans perte de chances thérapeutiques, une politique de réorientation de ses patients vers l'hospitalisation à domicile ou vers des établissements partenaires pour leurs traitements, tout en maintenant le suivi oncologique à l'IGR. Pour autant, la chambre constate (cf. *supra*) que cette pratique n'a pas permis de maintenir le taux de cas graves traités dans l'établissement.

Cette évolution, si elle n'a pas eu d'impact financier immédiat tant que l'établissement était couvert par la garantie nationale de financement (cf. section 6.1.1, *infra*), sera pénalisante dès que s'effectuera le retour à une tarification dépendante du volume d'activité, quelle que soit la forme que celle-ci prendra à partir de 2023.

1.3 Les patients hospitalisés à l'IGR le sont plus longtemps qu'ailleurs, ce qui contribue à maintenir l'occupation des lits

La fermeture de lits a conduit à un taux d'occupation stable (entre 89 % et 95 % en médecine, entre 78 % et 87 % en chirurgie) en dépit de la baisse du nombre de séjours et séances.

Il faut cependant noter que sur la période, et particulièrement en 2021, l'occupation des lits de chirurgie est en partie due à des patients de médecine.

Tableau n° 5 : Occupation des lits de chirurgie, en %

	2018	2019	2020	2021	2022
Occupation par des patients de chirurgie	66	64	55	58	68
Occupation par des patients de médecine.	27	29	31	28	25

Source : Hospidiag (occupation par patients de chirurgie), établissement (occupation totale des lits)

La durée moyenne de séjour à l'IGR dans les services de chirurgie reste plus élevée que dans les autres centres de lutte contre le cancer.

En médecine, en revanche, l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)¹¹ de l'IGR s'améliore sur la période et le ramène à des niveaux comparables aux autres CLCC.

Tableau n° 6 : IP-DMS de l'établissement en médecine et chirurgie

Médecine		Comparaison : autres CLCC		Chirurgie hors ambulatoire		Comparaison : autres CLCC	
	IGR	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile		IGR	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
2018	1,01	0,84	1,014	2018	1,05	0,872	1,007
2019	1,02	0,829	1,031	2019	1,02	0,874	1,02
2020	1,01	0,836	1,035	2020	1,07	0,882	1,032
2021	0,99	0,85	1,015	2021	1,05	0,892	1,022
2022	0,98	NC	NC	2022	1,07	NC	NC

Source : Établissement

Cette réduction de la durée des séjours est concomitante d'un ancrage local plus important dans l'environnement concurrentiel parisien.

¹¹ L'IP-DMS ou indice de performance de la durée moyenne de séjour fixe une valeur de 1 à la durée moyenne observée pour une pathologie donnée (estimée par le moyen des groupes homogènes de malades). Un IP-DMS supérieur à 1 indique des durées plus longues que la moyenne.

Tableau n° 7 : Parts de marché de l'IGR dans sa zone d'attractivité¹² (en %)

GR1 (Villejuif)	2018	2019	2020	2021	2022
Part d'activité en hospitalisation en cancérologie	5,3	5,4	6,7	7,1	NC
Part d'activité en séances de chimiothérapie	6,4	5,8	6,7	6,6	NC
GR2 (Chevilly-Larue)	2018	2019	2020	2021	2022
Part d'activité en hospitalisation en cancérologie	0,2	0,2	0,3	0,2	NC
Part d'activité en séances de chimiothérapie	2,1	2,7	2,3	2,5	NC

Source : Hospidiag et établissement

La diminution des séjours longs (4 jours et plus) ayant une incidence sur la reconnaissance des sévérités 3 et 4 (cf. 1.1, *supra*), on observe une diminution concomitante de la durée moyenne de séjour et du nombre de séjours avec une sévérité élevée. Le profil de l'IGR, progressivement, s'aligne donc un peu plus sur le standard national des centres de lutte contre le cancer.

1.4 L'impact de la crise Covid sur la prise en charge des patients de l'IGR

La crise sanitaire a contraint l'IGR à mettre en place, pour la première fois, un service de médecine infectieuse afin d'isoler et traiter ses patients lorsque ceux-ci se sont révélés positifs. Les patients souffrant du cancer étant généralement immunodéprimés, il a fallu que l'IGR espace parfois les traitements anticancéreux : ainsi, la crise Covid a directement motivé 356 des 6 245 reports ou annulations d'intervention chirurgicale opérés entre mars 2020 et mars 2022.

Dans l'intervalle, l'IGR a traité les cas de Covid déclarés chez ses patients en lits de médecine (dans une unité dédiée dans le secteur dit « Tarn ») avant de pouvoir reprendre les traitements oncologiques. Au 15 mars 2023, l'établissement déclare avoir ainsi traité environ 1600 patients en trois ans, pour 148 décès directement liés au Covid.

Le plan blanc n'a pas été activé à l'IGR en dehors de l'activation nationale de mars 2020. Pour autant, des mesures d'ordre général ont été prises lors des vagues subséquentes, telles que l'arrêt de l'hospitalisation en chambre double en hématologie, au regard notamment de la vulnérabilité des patients souffrant de leucémie¹³.

¹² La zone d'attractivité est définie par le site Hospidiag comme l'ensemble des codes postaux dont sont originaires 80 % des patients de l'établissement sur l'année.

¹³ Lors de la deuxième vague (octobre 2020) et des suivantes, l'hospitalisation en chambre double hors hématologie a été maintenue sous la condition d'un test PCR préalable.

1.5 Une spécialité stratégique pour l'IGR : les patients non-résidents, non assurés sociaux

L'IGR accueille, depuis longtemps, une proportion importante de patients dits « internationaux », à savoir les patients étrangers ne résidant pas en France et dont les soins ne sont pas financés par l'assurance maladie française. Cette activité, déjà alimentée depuis longtemps par les contacts individuels de divers praticiens, a commencé à être structurée dans les années 2010 à la suite de la mise en place de la coordination européenne des systèmes de sécurité sociale¹⁴. Celle-ci assure la portabilité des droits et donc facilite la prise en charge des patients au travers des frontières européennes. L'activité s'est ensuite développée au gré des liens établis par les praticiens. Le recrutement de patients s'est d'abord focalisé sur l'Italie, puis sur le Moyen-Orient, ainsi que sur l'Afrique du nord.

La sélection des patients non-résidents, non assurés sociaux repose sur deux déterminants : d'une part, le recrutement de patients souffrant de pathologies rares, difficilement traitables ailleurs, adaptées aux spécialités des équipes de soin et de recherche ; d'autre part, un critère financier, puisque hors cas d'urgence ou de crise internationale, l'IGR vérifie la solvabilité et écarte les patients qui ne peuvent garantir que leur séjour sera payé, par l'assurance-maladie de leur pays, par une assurance privée ou par leurs fonds personnels.

Le soin des patients non-résidents, non assurés sociaux représente un département spécifique de l'IGR. Jusqu'en 2021, dix chambres y étaient consacrées à Villejuif ainsi que neuf supplémentaires à Chevilly-Larue (site dit « GR2 ») ; depuis l'engagement des travaux de GR2, les 19 chambres sont désormais rassemblées sur un étage et deux ailes à Villejuif. De plus, en fonction des pathologies, il est possible de traiter les patients non-résidents, non assurés sociaux dans les autres sections de l'hôpital : ainsi des patients pédiatriques ou des greffes qui nécessitent d'utiliser les services spécialisés au même titre que les patients français.

Par ailleurs, le département international dispose de ressources humaines dédiées sous la forme de six médecins (dont le chef de service et le chef du département) et deux internes, trois cadres de santé, une infirmière de coordination, et un secrétariat de cinq personnes.

Ce choix de consacrer un département physiquement identifiable aux patients non-résidents, non assurés sociaux permet, selon l'IGR, de s'assurer que ceux-ci n'évincent pas les patients relevant de l'assurance maladie française. Si cela se vérifie pour les capacités d'hébergement, tel n'est pas le cas pour les plateaux techniques et le temps médical et soignant associé qui, par définition, constituent des moyens limités et donc partagés entre patients nationaux et patients non-résidents, non assurés sociaux. Chaque semaine, 7 à 8 patients non-résidents, non assurés sociaux sont acceptés pour 40 à 100 demandes.

¹⁴ Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ; Règlement (UE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004.

Dans le cadre du plan stratégique 2030 (cf. section 3, *infra*), l'IGR envisage d'étendre les capacités d'accueil des patients non-résidents, non assurés sociaux jusqu'à 43 lits, situés dans le nouveau bâtiment à construire. À plateau technique et moyens humains constants, ce développement limiterait l'accès à l'IGR pour les patients relevant de l'assurance-maladie française. Une étude mandatée par l'IGR estime que la hausse de l'activité internationale sera absorbée à condition d'investir pour renouveler ou acquérir de nouvelles capacités en radiothérapie, en imagerie à résonance magnétique, en scanners et radiologie conventionnelle à très brève échéance. Cela nécessite aussi que la durée moyenne de séjour diminue et que des lits chirurgicaux soient rouverts. La crédibilité de sa trajectoire d'investissement (cf. section 6.6, *infra*) est donc cruciale pour pouvoir développer l'activité internationale dans les meilleures conditions.

Au cours de la période contrôlée, et en réponse à la crise sanitaire, l'IGR a d'abord eu recours à un consultant, que l'établissement a ensuite recruté à plein temps en 2021 au titre de « chargé de mission pour les patients internationaux » afin de développer cette filière sur le fondement d'un double constat :

- d'une part, les patients étrangers apportent à l'IGR un recrutement de patients souffrant de pathologies rares lui permettant de rester au meilleur niveau mondial ;
- d'autre part, ils apportent un complément financier significatif. Les tarifs appliqués aux patients étrangers sont en moyenne¹⁵ supérieurs¹⁶ à ceux de l'assurance maladie, sur la base d'une grille tarifaire qui n'a pas été mise à jour depuis le 1^{er} janvier 2019.

Le chiffre d'affaires des patients non-résidents, non assurés sociaux représente environ 30 M€ par an (soit 1 à 1,2 M€ par lit ouvert), ce qui est globalement équivalent aux investissements annuels de l'établissement. Ces paiements souffrent de délais d'encaissement longs, qui sont toutefois en forte réduction depuis 2020 à la suite de l'effort de structuration qu'y a consacré l'établissement : il passe ainsi de plus de 500 jours en 2020 à respectivement 220 jours et 187 jours pour les deux plus importantes conventions de l'établissement.

La survenue de la crise sanitaire en 2020, et donc la réduction des déplacements internationaux, a entraîné une baisse significative de la file active, passée de 1 385 patients en 2019 à 855 en 2020. L'activité n'a pas retrouvé le niveau observé avant la crise, avec seulement 1 155 patients en 2022. L'établissement estime à 10 millions d'euros le manque à gagner pour la seule année 2020.

¹⁵ La grille tarifaire de l'IGR ne repose que sur la nature des actes et ne fait pas de distinction selon le pays d'origine du patient.

¹⁶ Un rapport public datant de 2014 évoquait une moyenne de 36% supplémentaires pour l'IGR. L'établissement n'a pas souhaité communiquer sur des données plus récentes.

**Tableau n° 8 : Produits issus de la patientèle internationale en € (hors taxe)
et nombre de patients non-résidents, non assurés sociaux**

	2018	2019	2020	2021	2022
Produits patientèle non-résidente, non assurée sociale, en €	37 527 846	38 611 326	28 282 023	24 889 511	32 592 800
Nbre de patients non-résidents, non assurés sociaux	1345	1 385	855	933	1155
Soit en % de la file active	9,2	9,0	5,4	5,4	6,8
Produit moyen par patient, en €	27 716	27 878	33 546	26 677	28 219

Sources : établissement, retraitement par la chambre

1.6 L'activité d'urgences

Le service de médecine aiguë de l'IGR n'est pas comparable aux urgences d'un hôpital classique. Il s'agit d'une structure unique parmi les CLCC, réservée aux patients déjà suivis par l'établissement ; il voit une quinzaine de passages par jour et entre un à trois passages par nuit.

Pour autant, environ 60 % des passages dans ce service mènent à une hospitalisation ultérieure.

En 2022, face à la pénurie de personnel hospitalier de nuit et devant l'activité constamment basse des urgences de nuit, l'IGR a fait le choix de redéployer le personnel précédemment préposé à l'accueil dans le service lui-même. Il n'y a donc plus d'accueil direct aux urgences de nuit, mais un accès après régulation téléphonique, qui n'a pas significativement impacté la fréquentation du service d'urgences.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'IGR occupe une place singulière dans le paysage français de la santé. Établissement spécialisé dans les cancers les plus rares et nécessitant une grande proximité entre médecine et recherche, il fait figure d'établissement de pointe en cancérologie au niveau mondial. Cette spécificité, mesurée par des indicateurs tels que la durée de séjour ou la proportion de cas graves, est cependant fragilisée sur la période contrôlée.

Cette reconnaissance internationale lui donne aussi comme particularité d'être très sollicité par les patients non-résidents, non assurés sociaux, qui, présentant des pathologies rares, sont nécessaires pour maintenir la qualité de la recherche et apportent un complément financier important. Si l'organisation retenue a réservé des lits et des ressources humaines aux patients non-résidents, non assurés sociaux dans un espace dédié, l'établissement ne pourra garantir l'absence d'éviction de la patientèle relevant de l'assurance-maladie française qu'en ayant recours à d'importants investissements pour élargir les capacités des plateaux techniques.

L'activité de l'établissement a été durablement atténuée sur les années 2021-2022, avec une chute de l'hospitalisation complète qui n'est pas entièrement compensée en valeur par l'augmentation de l'activité ambulatoire. L'activité de chimiothérapie et de radiothérapie a également subi une baisse progressive.

Cette réduction n'a pas eu à ce jour d'impact majeur sur les ressources de l'établissement car celui-ci bénéficie de la garantie de financement jusqu'en 2023, mais il devra revenir à une forme de financement liée à l'activité dans les années à venir.

2 UNE GOUVERNANCE REGULIÈRE MAIS DES CHANGEMENTS DE DIRECTION IMPORTANTS

2.1 Une organisation originale, adaptée à l'activité de cancérologie

Contrairement aux établissements publics, l'IGR, en tant que centre de lutte contre le cancer, n'est pas tenu de s'organiser en pôles. Il a donc adopté, avant la période de contrôle, une structure croisant, sous forme matricielle :

- d'une part des départements¹⁷ (unités hiérarchiques et formelles d'organisation du travail),
- d'autre part des comités composés de spécialistes des cancers d'un organe donné (oncologie gynécologique, neurologique, digestive, etc.).

Les décisions médicales font donc l'objet d'une consultation, par les équipes d'un département, des spécialistes de ce comité, en fonction des spécificités du patient. Cela est particulièrement vrai pour les départements de traitement à proprement parler (« médecine oncologique », « anesthésie, chirurgie et interventionnel », « cancérologie de l'enfant et de l'adolescent », « hématologie », « international »). Le département d'hématologie, très spécialisé, est distinct de par les contraintes lourdes des patients engagés dans un processus de greffe, qui doivent être tenus dans une asepsie poussée sur une longue période.

2.2 L'évolution de l'équipe dirigeante

Comme les autres centres de lutte contre le cancer, l'IGR est dirigé par un médecin, directeur général, qui nomme et supervise le directeur général adjoint chargé de l'administration de l'établissement (service supports tels que RH, fonctions financières, mais aussi la direction de l'information médicale en charge du codage des actes effectués). Ce modèle est à mettre en contraste avec celui des hôpitaux publics, dirigés par un directeur général issu d'une filière administrative en concertation avec un médecin élu président la commission médicale d'établissement. De manière dérogatoire au cadre général des CLCC, le directeur général adjoint de l'IGR était jusqu'en 2020 nommé non pas sur décision du directeur général mais par arrêté du ministre chargé de la santé, tout comme l'est le directeur général lui-même. De plus, le directeur de la recherche était nommé par le ministre chargé de la recherche. Cette procédure a été modifiée sur la demande formelle du directeur général et du conseil d'administration de l'IGR ; depuis le 6 mai 2020, le directeur général adjoint est nommé par le directeur général.

¹⁷ Les départements sont : biologie et pathologie médicales, cancérologie de l'enfant et de l'adolescent, département Anesthésie, Chirurgie et Interventionnel (DACI), département Interdisciplinaire d'Organisation du Parcours Patient (DIOPP), département d'Innovation Thérapeutique et d'Essais Précoces (DITEP), hématologie, imagerie médicale, international, médecine oncologique, oncologie-radiothérapie, pharmacie.

L'équipe dirigeante au 1^{er} janvier 2018 était composée du professeur Alexander Eggermont (directeur général) et d'un premier directeur général adjoint. Or, entre septembre et décembre 2019 se sont rapidement succédés l'arrivée d'un nouveau directeur général adjoint et le départ du directeur général. Le professeur Jean-Charles Soria a été nommé directeur général le 13 décembre 2019 à la suite d'un processus d'entretiens avec le conseil d'administration, avec prise de fonctions effective le 6 janvier 2020.

Cette équipe elle-même a duré moins de deux ans, puisque le professeur Fabrice Barlesi (précédemment directeur médical auprès du professeur Soria) a pris la tête de l'IGR au 1^{er} août 2021, tandis qu'un troisième directeur général adjoint a été nommé le 20 septembre 2021.

Cette instabilité est à mettre en regard des évolutions contrastées du projet d'établissement et du projet stratégique (cf. section 3, *infra*) et notamment la remise en question par la deuxième équipe dirigeante des accords stratégiques immobiliers mis en place par la première.

2.3 Un conseil d'administration ne disposant que d'une information stratégique partielle

Tableau n° 9 : Réunions du CA

2018	2019	2020	2021	2022
			23/3	
			22/6	
28/5	10/5	23/3	9/7	22/3
5/11	8/7	26/5	30/8	14/6
17/12	27/11	8/9	12/10	6/10
	17/12	8/12	7/12	6/12
			21/12	

Source : établissement¹⁸

À l'exception de l'année 2018, la fréquence des réunions du conseil d'administration est conforme au nombre minimum de quatre par an, fixé par l'article D. 6162-9 du code de la santé publique. En revanche, le conseil d'administration n'a adopté de règlement intérieur, rendu obligatoire par le même article, qu'en 2022.

Le conseil d'administration donne lieu à des débats réels documentés dans ses comptes rendus et se saisit des sujets pour lesquels il est compétent, notamment lors de l'approbation des comptes. Durant les deux périodes de transition de la direction générale, le conseil d'administration a auditionné les candidats et formulé des recommandations au ministre en charge de la santé, à qui revient la décision finale de nomination.

¹⁸ Dans sa réponse initiale au présent rapport, le Professeur Eggermont évoque une réunion du 23 septembre 2019, sans en apporter la preuve.

L'établissement n'a pas présenté au conseil d'administration son plan global de financement pluriannuel (PGFP) pour cette même année 2021, comme il y est tenu par l'article L. 6162-9 du code de la santé publique. Cette non-présentation s'est faite avec l'accord de l'agence régionale de santé, eu égard aux incertitudes pesant sur les recettes de l'établissement et sur les hypothèses de financement liées notamment au « Ségur investissement » (cf. *infra*) arbitrées par cette même agence.

De plus, le PGFP présenté en 2020 ne contient pas d'hypothèses sur l'évolution à moyen terme des ressources. Le conseil d'administration, entre 2020 et 2021, n'a donc pas disposé de trajectoires sur la dépendance de l'établissement, pour ses investissements, à des sources de financement volatiles telles que les dons et legs non affectés.

Le PGFP présenté pour l'année 2022, en revanche, contient bien des projections de ressources et est conforme sur ce point aux bonnes pratiques.

De manière plus générale, l'information financière dont a disposé le conseil d'administration sur la période s'est avérée peu intelligible ; certains de ses membres s'en sont d'ailleurs émus lors de la séance du 23 mars 2021, notamment s'agissant des modalités d'affectation et de comptabilisation des dons et legs (cf. partie 5.1. et 5.2, *infra*), qui représentent pourtant des sommes importantes (entre 20 et 30 M€ par an) avec des incidences majeures sur les équilibres patrimoniaux de la structure (cf. partie 6, *infra*).

2.4 Comité médico-administratif et comité de direction

Une instance intermédiaire rassemble la direction générale, les chefs de département et les principaux directeurs administratifs. Au cours de la période sous contrôle, elle a porté successivement le nom de directoire, de comité médico-administratif jusqu'en juillet 2021, puis de comité de direction.

Cette instance, qui se tient toutes les deux semaines, n'a pas de pouvoir formel, n'étant pas requise par les textes réglementaires. Elle permet néanmoins l'information et la concertation des services sur un agenda fixé par le directeur général et portant sur l'ensemble des sujets quotidiens et stratégiques de l'établissement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La gouvernance de l'IGR est formellement régulière. Sur la période contrôlée, des changements de gouvernance et de projet stratégique, ont pu affecter l'information stratégique et financière fournie aux instances et la rendre insuffisamment intelligible. Ceci concerne en particulier la gestion des dons et legs, leur incidence patrimoniale et les projections financières liées à l'investissement.

Les changements d'équipe dirigeante entre la fin 2019 et le milieu de l'année 2021 ont conduit à la remise en question et à la redéfinition des priorités stratégiques.

3 L'ÉMERGENCE TARDIVE D'UN PROJET STRATEGIQUE DE GRANDE ENVERGURE

Les premières années contrôlées se sont déroulées sous l'empire du projet d'établissement 2015-2020. C'est ce projet qui a mené au développement de la chirurgie ambulatoire (cf. section 1, *supra*) à l'extension de la radiothérapie et au doublement de l'appareillage d'IRM (cf. section 3.2, *infra*), ou encore la réorientation des activités situées à GR2 (cf. section 3.1.2, *infra*).

Il prévoyait la constitution d'un pôle universitaire pluridisciplinaire inscrit dans la stratégie de site de l'université Paris Saclay, alors en cours de constitution dans le cadre des initiatives d'excellence¹⁹. Le projet imaginé en 2018 pour prendre la suite renforçait cette direction avec la constitution d'un pôle universitaire interdisciplinaire de santé.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été signé entre l'agence régionale de santé Île-de-France et l'établissement le 18 janvier 2019. D'après son article 7, le contrat est conclu pour 5 ans et prend effet à compter du 28 décembre 2018. Il est régulier sur la forme comme sur le fond. Pour autant, il n'est pas articulé avec le projet stratégique de l'établissement, étant établi avant celui-ci. Ses annexes décrivent les autorisations de l'établissement ainsi que les enveloppes 2017 de fonctionnement, mais n'intègrent pas le financement des investissements.

Le changement d'équipe dirigeante a engendré un retard dans la formalisation et la poursuite de la stratégie de l'établissement. En effet, le projet de pôle universitaire interdisciplinaire de santé fut abandonné début 2019. Une nouvelle consultation mise en place durant l'année fut à nouveau mise en pause avec le changement d'équipe dirigeante début 2020 ; celle-ci a repris le processus de conception d'un projet d'établissement. La crise sanitaire a également repoussé la date limite de livraison de ce qui deviendra le projet institutionnel.

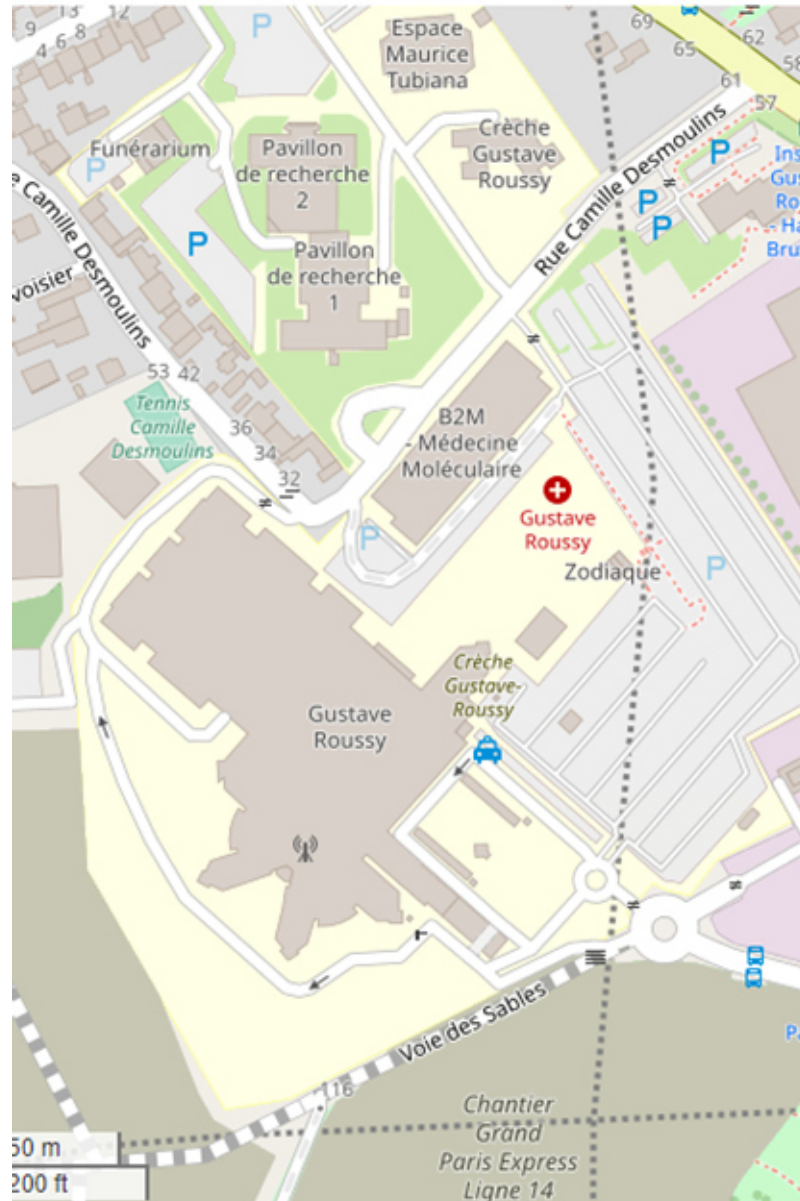
Le nouveau projet d'établissement, portant le nom de plan stratégique institutionnel (PSI), a été élaboré à la faveur d'une démarche lancée début 2020 à la suite de la nomination du professeur Soria en qualité de directeur général, et validé par le conseil d'administration de l'IGR le 22 juin 2021.

Parmi les 32 axes stratégiques retenus par l'établissement, 14 reposent directement sur un projet immobilier de grande envergure.

¹⁹ Les initiatives d'excellence (ou IDEX) sont un volet du programme Investissements d'avenir visant à constituer des pôles de niveau international en recherche, enseignement supérieur et valorisation. Le projet « Université Paris Saclay » a été lauréat en 2011 de l'appel à projets IDEX 2.

3.1 Un projet immobilier qui prend forme sur la fin de la période contrôlée

Carte n° 2 : Site de Villejuif



Source : OpenStreetMap

Les projets immobiliers ont varié au cours de la période contrôlée. La chambre identifie trois grandes étapes :

- Une première phase, développée dans la continuité du projet d'établissement 2015-2020, reposant sur la construction d'un bâtiment à Villejuif rassemblant un nouveau pôle logistique (pharmacie et logistique générale), l'hospitalisation de jour, les soins post-cancer (ou Wellness Center), les patients dits « internationaux » (à savoir les patients étrangers non-résidents, non assurés sociaux), ainsi qu'un auditorium d'enseignement. Ce projet a fait l'objet d'études préliminaires et d'un contrat de maîtrise d'ouvrage, résilié prématurément à la suite du changement de gouvernance en 2019. Les acomptes versés et la pénalité finale prononcée en janvier 2023 pour résiliation précoce du contrat ont coûté 3,3 M€ à l'IGR.
- Une deuxième phase, caractérisée par la remise en question du plan d'échange de parcelles avec la société d'aménagement et de développement du Val-de-Marne (SADEV 94), en lien avec le changement de direction générale fin 2019. Cette phase s'est traduite par un repli sur les bâtiments existants, avec notamment le transfert du projet de Wellness Center dans le bâtiment de Chevilly-Larue, qui s'est matérialisé en 2021. D'autres aspects de cette phase, dont le développement de l'hospitalisation de jour sur ce même site GR2, ont été moins clairement définis ;
- Une troisième phase, permise par la reprise des négociations avec la SADEV 94 pour élargir l'emprise foncière, et qui inclut la construction de trois nouveaux bâtiments :
 - i. un parking en silo dédié pour l'essentiel au personnel de l'établissement, avec la possibilité de louer des places surnuméraires ou durant les créneaux non utilisés par l'établissement, comprenant des locaux pour l'administration (dit « tertiaire »), estimé à 47,2 M€ ;
 - ii. un bâtiment dédié à l'activité de diagnostic rapide, au programme de détection précoce et de médecine préventive « Interception », ainsi qu'à l'accueil de patients non-résidents, non assurés sociaux, estimé à 64,2 M€ ;
 - iii. un bâtiment dédié à la recherche, en remplacement des bâtiments qui y sont actuellement dédiés (préfabriqués PR1 et PR2 et bâtiment de médecine moléculaire dit B2M), visant à attirer les meilleurs talents à l'échelle internationale dans les secteurs très compétitifs de la biologie translationnelle. Ce nouveau bâtiment est estimé à 143 M€.

Cette dernière version du projet est concomitante d'une réfection de l'immeuble de grande hauteur (IGH), bâtiment principal de l'IGR érigé en 1980. Ce chantier nécessite des ravalements extérieurs mais aussi la reprise des intérieurs sur onze des seize étages (sous-sol compris) de l'immeuble, à des degrés divers. En particulier, des bureaux médicaux (5^{ème} et 6^{ème} étage) doivent être convertis en chambres d'hospitalisation pour absorber les activités actuellement accueillies à Chevilly-Larue. La présence d'amiante dans les murs, le passage à une politique généralisée de chambres individuelles et la création de plus de chambres pour personnes à mobilité réduite rehaussent encore le coût de l'opération.

Le projet présenté au conseil d'administration mi-2023 indique une estimation globale de 78 M€ toutes dépenses confondues pour cette opération, dont 51,2 M€ programmées sur la période 2023-2028. Le financement des travaux ultérieurs au-delà de cette première phase n'est pas présenté au conseil d'administration.

3.1.1 Le projet immobilier a été retardé par de complexes échanges de terrain dans le cadre de la ZAC Grand Parc

La zone d'aménagement concertée « Campus Grand parc » a été créée le 26 septembre 2011. Sa réalisation a été confiée à la SADEV 94²⁰ le 12 décembre 2011.

L'État a retenu ce projet parmi ceux concourant à la stratégie du Grand Paris et a décidé d'y créer l'interconnexion des lignes 14 et 15 Sud du métro « Grand Paris Express ».

La participation de l'IGR à ce projet est matérialisée par sa signature d'un « protocole ZAC Campus Grand Parc » le 21 décembre 2017 avec de nombreux autres acteurs tels que le directeur général de la SADEV 94, le maire de la commune de Villejuif, le président de l'établissement public territorial Grand Orly Seine Bièvre, le président de la conférence des projets de la vallée scientifique de la Bièvre, et le préfet du Val-de-Marne, en présence du préfet de la région Île-de-France, préfet de Paris, du directeur territorial de l'unité départementale de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, et du président de la SADEV 94, président du conseil départemental du Val-de-Marne.

L'IGR et la SADEV 94 ont dans ce cadre prévu de se vendre mutuellement des terrains. Or les négociations ont été remises en question à de nombreuses reprises entre 2017 et 2023, de sorte que les promesses de vente n'ont finalement été signées que le 17 mai 2023.

Par ces promesses, l'IGR s'engage à vendre des parcelles à la SADEV 94 pour 25 533 200 € et la SADEV 94 à vendre des parcelles à l'IGR pour 9 634 800 €. L'opération doit donc dégager, à terme, environ 16 M€ pour l'établissement.

L'estimation des prix des terrains est fondée sur l'évaluation de la direction départementale des finances publiques²¹ du Val-de-Marne en septembre 2022²².

3.1.2 Le site de Chevilly-Larue ne fait pas l'objet d'une vision stratégique claire

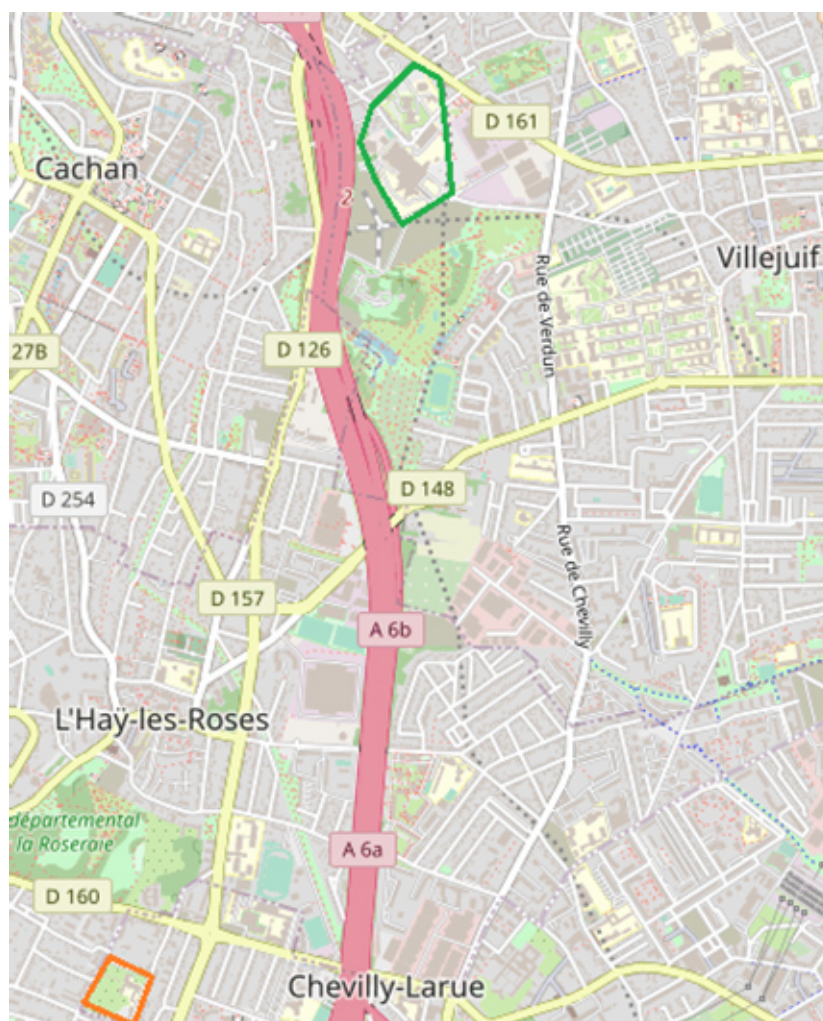
En janvier 2015, l'IGR a fusionné avec l'hôpital de Chevilly-Larue spécialisé en pneumologie. Cette fusion-acquisition a été encouragée par l'agence régionale de santé, à la recherche d'un repreneur pour le site. L'acquisition a changé la nature de soins offerts sur ce site, désormais désigné « Gustave Roussy 2 » ou GR2. La spécialisation en pneumologie a ainsi disparu ; le lieu a brièvement été dédié à l'accueil de patients non-résidents, non assurés sociaux, qui ont depuis été réintégrés sur le site de Villejuif (ou GR1). On y trouve depuis 2019 une activité d'hôpital de jour (y compris avec séances de chimiothérapie), des soins de suites et de réadaptation, une activité de consultation externe, et enfin 15 lits d'hospitalisation complète dédiés à la pré-habilitation pour préparer les patients les plus affaiblis à un traitement chirurgical, chimiothérapeutique ou radiothérapeutique.

²⁰ La SADEV 94 est la société d'aménagement et de développement des villes et du département du Val-de-Marne.

²¹ Au titre du décret n° 86-455 du 14 mars 1986 relatif à la suppression des commissions des opérations immobilières et de l'architecture et modalités de consultation du service des domaines.

²² Ces prix, allant de 900 €/m² à 1 100 €/m² pour les terrains non bâtis à usage mixte ou à usage industriel (classés UA, UB, UEa), sont bien fondés sur une base objective, en l'occurrence sur les transactions récentes dans la zone avoisinante.

Carte n° 3 : Sites de l'IGR



Vert : Site GR1 (Villejuif). Orange : Site GR2 (Chevilly-Larue)

Source : Openstreetmap, retraitement chambre

Une aile du site est dédiée au projet de Wellness Center, ouvert au printemps 2023 : sur ce site sont accueillis les patients une fois leur cancer traité, pour des consultations et des activités de remise en forme.

Le reste du site, par ailleurs très mal desservi par les transports en commun, est vétuste et sous le coup d'un avis défavorable de la commission de sécurité incendie. Il nécessite des travaux lourds pour le mettre aux normes permettant une hospitalisation complète, ce qui ne fait pas partie du projet stratégique immobilier de l'IGR. L'établissement a prévu de transférer les lits d'hospitalisation restants à Villejuif à l'horizon 2026, ainsi que l'activité d'hospitalisation de jour. De même, le soutien annoncé par l'ARS au projet stratégique de l'établissement en 2022 est conditionné au transfert du projet Wellness Center ainsi que de l'intégralité de l'hospitalisation complète sur le site de Villejuif à terme.

Dans les faits, des services administratifs y sont aujourd'hui transférés (une partie de la direction financière, la direction de la recherche clinique, les archives) ainsi qu'un restaurant d'entreprise. De plus, les services devant temporairement quitter GR1, à cause des travaux de rénovation qui doivent s'y dérouler, peuvent transitoirement occuper des locaux à GR2, au cours de la réalisation du projet stratégique immobilier de l'établissement.

En dehors du Wellness Center, qui n'occupe qu'une part mineure de l'emprise immobilière et a vocation à le quitter, le site de Chevilly-Larue n'a donc pas de place clairement identifiée dans l'activité future de l'établissement. Il représente néanmoins une charge financière estimable à hauteur de :

- entre 0,4 M€ et 0,6 M€ par an en maintenance et en fluides ;
- entre 0,2 M€ et 0,6 M€ par an en rénovation ;
- entre 13 000 € et 16 000 € par an en taxes foncières.

Plus spécifiquement, sur l'année 2022, le site GR2 a occasionné 323 904 € de dépenses de rénovation, 424 466 € de charges d'exploitation et 16 126 € de taxes, soit 764 496 € de charges hors personnel.

Une hypothèse de vente d'une parcelle du site (aujourd'hui composée du parking et du parc arboré), en 2018, lui conférerait une valeur vénale de 6,2 M€. Cependant l'établissement n'a pas fourni à la chambre d'estimation de la valeur que représenterait une cession du site entier. Une étude comparative menée fin 2022, envisageant le transfert de l'intégralité de l'hospitalisation de jour à GR1, indiquait que le regroupement de toutes les activités sur Villejuif ferait économiser à l'établissement 10 M€, sans même prendre en compte la valorisation du site de Chevilly-Larue. La chambre recommande à l'IGR, au vu de son état de vétusté important et du potentiel d'activité médicale qui peut y être développé, de clarifier à brève échéance sa stratégie pour ce site, sans attendre sa valorisation possible en 2029 à l'issue de la réfection du site de Villejuif.

En réponse au rapport provisoire de la chambre, l'IGR indique son intention de souscrire à cette recommandation dans un délai de quelques mois.

Recommandation performance 1 : Définir précisément le devenir du site de Chevilly-Larue dans le projet stratégique institutionnel.

3.2 Équipements : une politique de renouvellement insuffisante pour endiguer l'accroissement du taux de vétusté

Les taux de vétusté des équipements de l'IGR pour les matériels et outillages industriels indiquent des actifs amortis importants. Cela dénote de faibles investissements et des équipements qui vieillissent. Ceci concerne entre autres l'équipement des salles de consultation (91 %), pour l'essentiel ouvertes en 2009 avec l'extension du bâtiment central, qui arrivent donc en fin de vie. La vétusté des blocs opératoires reste maîtrisée, mais augmente de 70 % en 2018 à 77 % en 2022. Le système de chauffage suit une évolution similaire, passant de 60 % à 74 % en fin de période.

Les bâtiments eux-mêmes font l'objet d'investissements en perte de vitesse : sur la période, leur taux de vétusté augmente de 61 % à 71 %. Ceci indique un besoin d'investissement important, qu'il s'agisse du raccordement au chauffage urbain (prévu pour 2024) ou du remplacement des blocs opératoires dans le cadre du projet stratégique immobilier évoqué *supra*.

3.2.1 Un parc de radiothérapie vieillissant et sous-utilisé

L'activité de radiothérapie a un impact direct sur l'équilibre financier de l'établissement, au moins jusqu'à la garantie de financement mise en place en 2020. Il dépend de l'usage d'équipements lourds, dans un secteur où l'innovation est rapide²³.

Tableau n° 10 : Utilisation du parc de radiothérapie

	2018	2019	2020	2021	2022
Séances (nombre)	56 472	54 769	48 975	49 828	44 559
Recettes théoriques T2A (en €)	23 417 496	23 325 768	21 921 934	25 837 154	24 164 030
Poids moyen du cas traité ²⁴	415	426	448	519	542
Nombre moyen d'appareils de radiothérapie disponibles	8,1	9,7	10	10	10
Coûts d'acquisitions des machines de radiothérapie (en €)	0	1,6 M	0	0	0

Source : IGR, retraitement par la chambre

L'IGR a maintenu un parc de radiothérapie complet. Pour autant, le nombre de séances baisse graduellement sur la période, ce qui indique une sous-utilisation des appareils en lien avec la baisse des effectifs de manipulateurs en électroradiologie (cf. section 4, *infra*).

Sur dix appareils de radiothérapie, seul un a été acquis durant la période sous contrôle. Il s'agit d'un appareil VERSA dédié à la radiothérapie généraliste, acquis en 2018 pour la somme de 1,6 M€ et mis en service le 15 avril 2019.

Les appareils plus spécialisés (Novalis, désormais utilisé notamment pour les cancers de la prostate, et Cyberknife spécialisé en neurologie) ont pour leur part été respectivement acquis en 2011 et 2016, tandis que les accélérateurs à basse énergie TOMO l'ont été en 2014 et que celui à haute énergie VEGA, acquis en 2002, n'a plus la précision nécessaire aux traitements ciblés et est réservé aux irradiations du corps entier.

Le taux de vétusté du parc de radiothérapie augmente fortement durant la période, passant de 63 % en 2018 à 87 % en 2022.

²³ Le rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale 2022 rappelle l'importance d'un renouvellement rapide des équipements de radiothérapie au regard des avancées technologiques dans le domaine : il signale par ailleurs que 39 % du parc des centres hospitaliers a plus de dix ans, contre 20 % à l'IGR. Cette comparaison présente toutefois des limites, au vu de la spécialisation de l'établissement. En revanche, 75 % du parc des cabinets libéraux a été acquis entre 2010 et 2020.

²⁴ Indicateur de la lourdeur des cas traités.

Le plan pluriannuel d'investissements fourni en réponse au rapport provisoire de la chambre prévoit deux remplacements par an sur ce parc de radiothérapie de 2024 à 2027. Par ailleurs, un délai important intervient entre l'achat d'un appareil et sa mise en service, lié à sa calibration et sa qualification par des physiciens médicaux : dans la pratique, les achats de l'IGR ne sont mis en service qu'après environ un an. Ceci signifie que les équipements ne seront remplacés qu'après une durée de service minimum de 10 ans (voire plus de 20 ans concernant l'accélérateur à haute énergie VEGA), soit la limite haute du parc non lucratif français.

L'impact de cette vétusté est atténué aujourd'hui – paradoxalement - par le fait que trois appareils de radiothérapie sont hors service pour cause de manque de personnel en manipulation radiothérapeutique (cf. section 4, *infra*). Leur usure est ainsi freinée ; en revanche, leur obsolescence comparée à l'état de l'art ne l'est pas. Or cette obsolescence constitue un handicap en termes d'attractivité pour les personnels. De plus, la reprise prévue de l'activité dans les années à venir ne pourra qu'accélérer ce vieillissement du parc.

3.2.2 En pharmacie, le virage de la robotisation pris en 2019 ne résout pas complètement la dépendance à des personnels en tension

La pharmacie de l'IGR, au-delà de son rôle de pharmacie à usage interne classique, se distingue par son activité de fabrication de poches de chimiothérapie. Celle-ci en fait un point névralgique de l'activité, puisqu'il lui faut fournir une moyenne de 300 poches par jour, pour adultes et enfants.

La nature hautement toxique des produits de chimiothérapie requiert un travail sous atmosphère à pression négative avec l'usage de hottes, ainsi qu'un processus complexe impliquant le test des poches par dosage avant leur délivrance par un pharmacien titulaire. Cette dernière pratique, généralisée en 2019 à la suite d'un incident grave ayant causé le décès d'une patiente pédiatrique, concerne 50 % des poches libérées et remplace les tests par double contrôle visuel (désormais appliqués à 10 % des poches).

Ainsi, la période sous contrôle a vu l'activité de la pharmacie transformée par l'acquisition de deux robots en février et septembre 2018, puis d'un troisième réservé à l'activité pédiatrique en septembre 2021.

Ces robots ont été acquis dans l'objectif de produire, pour chacun d'entre eux, entre 80 et 100 poches par jour, contre 40 pour un préparateur. Pour autant, leur activité nécessite aussi un accompagnement humain (environ quatre personnes pour trois machines, intégrant à la fois le conditionnement des produits et leur vérification avant libération). Par ailleurs, l'objectif maximal de production robotisée est de 80 % dans le cadre du projet stratégique de la pharmacie. Le gain de productivité attendu serait donc au minimum de 70 %. Or cette ambition n'est pas encore atteinte.

En effet, l'usage de ces machines est soumis à un processus de qualification des espaces, réalisé par un prestataire extérieur et portant, entre autres, sur la qualité de l'air et l'absence de contaminants. Or les travaux engagés en 2021 pour raccorder les espaces de travail et améliorer leur ergonomie ont nécessairement entraîné des indisponibilités successives des différents espaces dans l'attente de leur requalification. De plus, l'IGR a été confronté à une pénurie de main-d'œuvre, notamment dans le secteur des préparateurs en pharmacie (cf. section 4, *infra*).

Pour autant, la chambre constate une résorption des retards de livraisons, désormais inférieurs à 5 % des dispenses de poches, ainsi que l'arrêt du recours aux prestations extérieures de fabrication depuis 2019.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le projet stratégique de l'IGR a traversé plusieurs étapes de remise en question et de redéfinition entre 2020 et 2021, en lien avec la crise sanitaire mais aussi avec les changements rapides d'équipe de direction. Il prend désormais la forme d'un projet ambitieux combinant la rénovation de l'immeuble principal de l'institut avec d'importantes constructions de bâtiments neufs. Ces investissements portent simultanément sur de nombreux domaines de soins, de recherche et de logistique, et leur financement n'est à ce jour qu'en partie assuré ; ils ont néanmoins pour finalité de maintenir la compétitivité internationale et le standard de soins de l'IGR.

En revanche, le site de Gustave Roussy 2 (Chevilly-Larue), peu conforme aux standards récents pour l'activité hospitalière, ne fait pas l'objet d'une vision stratégique claire. Celle-ci doit être définie et assortie d'un chiffrage précis des surcoûts inhérents au fonctionnement de ce site.

L'IGR a consenti de lourds investissements en équipement pour rénover sa pharmacie interne et sa capacité à produire les poches de chimiothérapie dont il a besoin, à la suite d'un accident survenu en 2019. En revanche, le parc de radiothérapie a été peu renouvelé dans la période sous contrôle, et est exposé à un taux de vétusté important dans les années à venir. Cette difficulté matérielle obère notamment l'attractivité pour les personnels. Dans les deux cas, l'équipement est soumis à la présence de personnels dans les domaines en tension que sont la préparation pharmaceutique et la manipulation de radiothérapie.

4 RESSOURCES HUMAINES : DES ZONES DE FRAGILITE CONCERNANT LES METIERS LES PLUS EN TENSION

Encadré n° 1 : Données de paie

Les données employées dans cette section font référence aux données de paie, restreintes aux crédits hospitaliers (et non aux personnels employés sur crédits extérieurs, notamment pour des projets de recherche). Les effectifs sont comptés en équivalents temps plein rémunérés (ETPR).

Ces données, contrairement à la masse salariale identifiée dans les comptes annuels, n'incluent pas les provisions en lien avec les ressources humaines (provisionnement pour RTT, pour congés payés, pour compte épargne-temps etc.). Elles représentent un salaire brut.

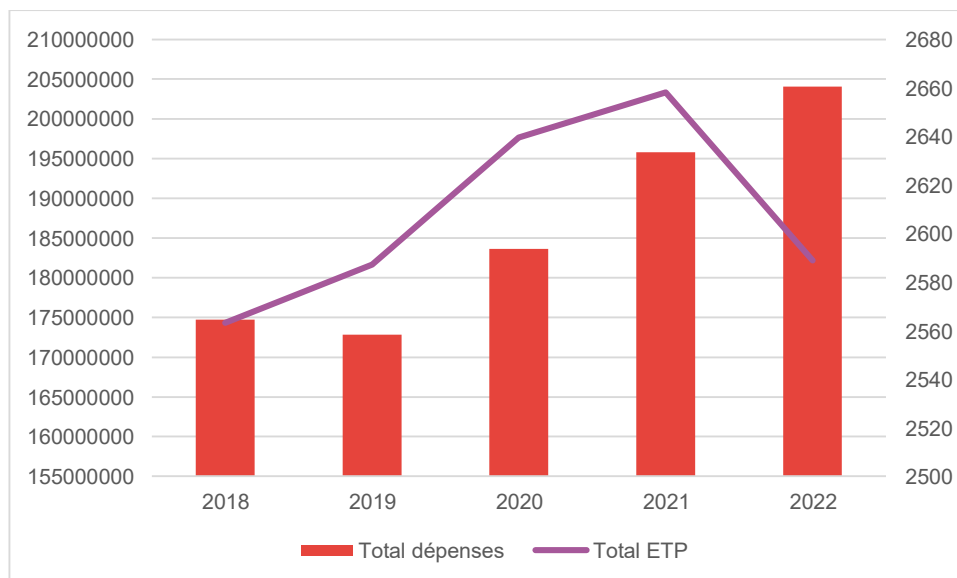
En revanche, les dépenses d'intérim sont comptabilisées sur la base des comptes financiers, pour améliorer la cohérence de l'analyse ; en effet, les méthodes de comptabilisation de la DRH de l'établissement ont été alignées en 2021 sur celles de la direction des affaires financières.

Ce choix permet, dans cette section, d'analyser les fondamentaux de l'évolution des dépenses de personnel.

4.1 Des ressources humaines en croissance, mais selon des déterminants contrastés entre personnel médical et non-médical

L'IGR emploie entre 2 500 et 2 700 équivalents temps plein rémunérés sur ses propres crédits hospitaliers.

Graphique n° 2 : Dépenses de personnel (en €) et équivalents temps plein totaux



Source : établissement, retraitements de la chambre

Au cours de la période, le personnel médical représente une part minoritaire mais croissante du personnel de l'établissement, que ce soit en masse salariale ou en nombre d'emplois.

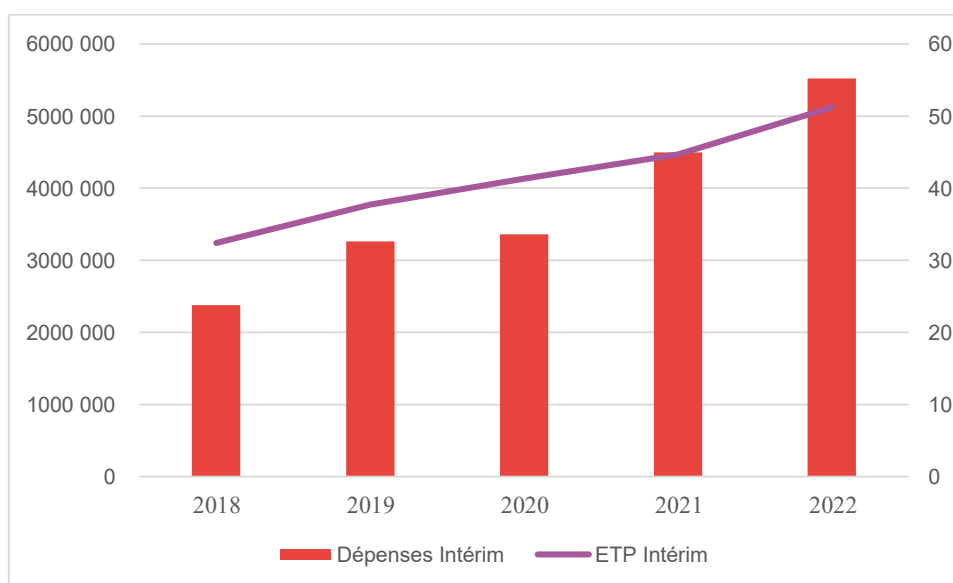
Tableau n° 11 : Répartition des catégories de personnel, en %

	2018	2019	2020	2021	2022
Part dans les dépenses de personnel					
Personnel médical	25	27	26	27	28
Personnel non médical	71	72	70	69	67
Hors-payé ²⁵	4	1	4	4	5
Part dans les ETP					
Personnel médical	16	16	17	18	18
Personnel non médical	82	82	81	81	80

Source : établissement, retraitements de la chambre

De plus, l'intérim augmente en moyenne de 10 % par an. En moyenne, les personnels temporaires (intérim et vacataires) deviennent aussi de plus en plus coûteux sur la période : si les effectifs augmentent de 58 % entre 2018 et 2022, les coûts, eux, augmentent de 139 %, dont 120 % pour les charges totales d'intérim paramédical.

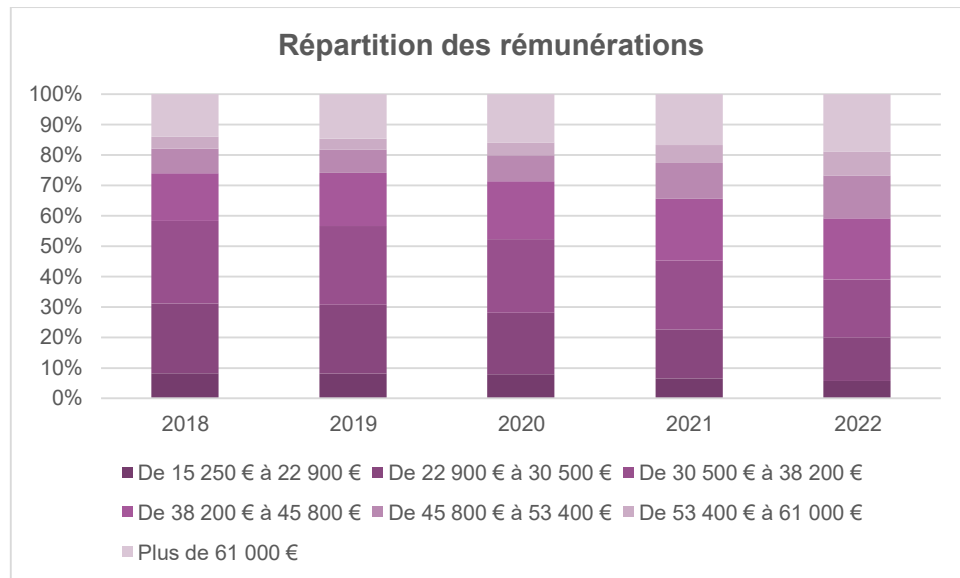
Graphique n° 3 : Dépenses d'intérim (en €) et équivalents temps plein



Source : établissement, retraitements de la chambre

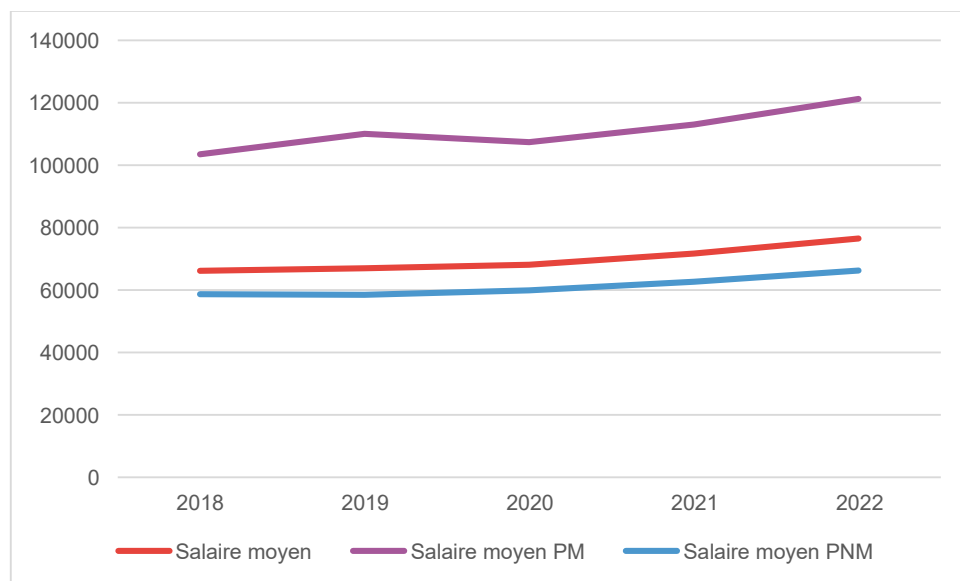
La chambre constate un repyramidage graduel des salaires qui augmente au cours de la période la part des plus hauts salaires. Les bilans sociaux ne font pas apparaître de tranches de salaires au-delà du seuil de 61 000 €, alors même que la moyenne des rémunérations médicales se situe en 2022 à 104 916 € bruts annuels.

²⁵ Y compris intérim, rémunération des internes, et autres dépenses de personnel.

Graphique n° 4 : Répartition des rémunérations brutes annuelles

Source : bilans sociaux de l'établissement, retraitement par la chambre

Le salaire moyen augmente donc, avec un infléchissement en 2019 ; le salaire des personnels médicaux progresse plus vite que celui des personnels non-médicaux.

Graphique n° 5 : Salaire annuel brut moyen en €

Source : établissement, retraitements de la chambre

L'augmentation des dépenses de personnel sur la période est le fait :

- pour le personnel médical, à parts égales d'un effet volume (médecins plus nombreux) et d'un effet prix (médecins mieux rémunérés) ;

- pour le personnel non-médical, intégralement d'un effet prix, car les effectifs de 2022 sont inférieurs à ceux de 2018.

Tableau n° 12 : Évolution annuelle des personnels et des dépenses associées

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Dépenses de personnel médical en €	43 527 000	46 444 000	48 251 000	52 601 000	57 488 000	
Évolution annuelle en %		6,7	3,9	9,0	9,3	32,1
Effectifs médicaux en ETPR	420,5	422,2	449,6	465,4	474,1	
Évolution annuelle en %		0,4	6,5	3,5	1,9	12,8
Dépenses de PNM en €	123 882 000	124 209 000	128 646 000	134 593 000	136 677 000	
Évolution annuelle en %		0,3	3,6	4,6	1,5	10,3
Effectifs non-médicaux en ETPR	2110,3	2127,4	2148,7	2148,1	2063,7	
Évolution annuelle en %		0,8	1,0	0,0	- 3,9	-2,2
Évolution des dépenses totales en %		1,9	3,7	5,8	3,7	15,9
Évolution des ETPR totaux en %		0,7	1,9	0,6	- 2,9	0,3

Source : établissement, retraitements de la chambre

Les mesures de revalorisation salariales dites du « Ségur de la Santé »²⁶, mises en place à partir de 2020, portent une part importante de cette hausse. Elles représentent ainsi 67 % de la hausse des dépenses de personnel médical entre 2021 et 2022.

S'agissant du personnel non médical, la chute des effectifs est telle que l'impact de ces mesures est nettement amoindri : en effet, la progression des dépenses de personnel non médical entre 2021 et 2022 représente moins de la moitié du coût des mesures Ségur mises en place. La reconstitution des effectifs dans les années à venir devra donc se faire en prenant en compte un coût réhaussé par les mesures d'attractivité, qu'elles soient nationales ou spécifiques à l'IGR.

4.2 L'activité est limitée par des métiers en tension

Les évolutions des ressources humaines sont retracées en annexe 2.

L'IGR a maintenu sur la période ses effectifs totaux de manière stable. En effet, l'accroissement constaté est essentiellement dû à un changement de méthode de comptabilisation : à partir de 2020, et en lien avec le passage à la norme comptable M21 (cf. section 5), environ 320 personnels de recherche sur financement extérieur sont comptabilisés pour la première fois dans le budget hospitalier (au sein de la catégorie « autres personnels médico-techniques »).

²⁶ Prime de 238€/mois bruts pour les personnels non médicaux, + 35 €/mois sur la grille indiciaire pour les personnels au contact des patients, revalorisation des émoluments et des gardes des internes, extension en 2021 de la prime Ségur des médecins aux ESPIC.

4.2.1 L'établissement reste attractif pour les professions médicales

Le personnel médical connaît une croissance constante, ce qui indique que l'IGR persiste à attirer les médecins, notamment en début de carrière. En effet, l'IGR était jusqu'en 2022 le seul CLCC français dans lequel les médecins de plus de 55 ans représentent moins de 15 % du personnel médical.

Tableau n° 13 : Part des ETP de plus de 55 ans (personnel médical), en %

	2018	2019	2020	2021	2022
IGR	15,1	14,9	14	13,5	18,2
Médiane des CLCC	20,6	19,5	21,6	20,8	nc

Source : Unicancer

Le coût moyen par ETP médical est relativement bas, avec une moyenne de 123 000 € à 135 000 € contre 148 000 € à 157 000 € pour la médiane des autres CLCC. L'établissement l'explique non seulement par la jeunesse relative des médecins, mais aussi par une forte proportion de personnel universitaire et de faisant fonction d'internes. De plus, la rémunération moyenne mensuelle brute des médecins n'a connu qu'une augmentation limitée sur la période, de 8 459 € (2018) à 8 743 € (2021) alors même que l'activité libérale, un des leviers habituels de l'attractivité médicale, n'est pas autorisée à l'IGR, contrairement aux hôpitaux publics et *a fortiori* aux hôpitaux privés à but lucratif.

Ceci confirme que les facteurs d'attractivité médicale sont ailleurs, notamment dans l'organisation de soins extrêmement proches de la recherche et des thérapies innovantes.

4.2.2 L'IGR souffre d'un manque de personnels dans certaines catégories particulièrement en tension

Le personnel soignant de l'IGR présentait en 2019 et 2020 la plus grande productivité parmi les CLCC français, définie comme le revenu d'activité et de missions d'intérêt général divisé par le nombre d'ETP. En effet, les missions d'intérêt général et notamment de recherche, particulièrement importantes à l'IGR, impactent cet indicateur à la hausse²⁷.

Tableau n° 14 : Productivité du personnel soignant²⁸

	2018	2019	2020	2021	2022
IGR	3,1	3,2	3,1	3,5	nc
Médiane des CLCC	nc	2,3	2,3	2,5	nc

Source : Unicancer

²⁷ L'établissement n'a pas transmis les données comparatives de 2022 avec les autres CLCC.

²⁸ Unité : en 100 000€/ETP.

Or le volume du personnel infirmier a accusé une chute rapide à partir de l'année 2020 : si le personnel infirmier spécialisé (essentiellement en bloc opératoire) est resté stable, le nombre d'infirmiers sans spécialité a chuté d'un cinquième entre 2020 et 2022, soit une perte de 100 ETPR sur la période.

Ce phénomène pèse naturellement sur l'activité, tout particulièrement de nuit. À l'IGR, contrairement à ce qui s'observe dans d'autres CLCC, les postes n'alternent pas entre service de jour et service de nuit ; de plus, le travail en services de 12h est généralisé pour les personnels soignants en hospitalisation complète. L'établissement n'a pas, pour l'heure, envisagé de remettre en question ce modèle afin de ne pas aggraver le climat social parmi les personnels infirmiers de jour.

Les fermetures de lits observées à partir de mars 2021 sont principalement motivées par l'insuffisance de personnel infirmier.

De même, le personnel de radiologie s'est réduit à mesure que les manipulateurs radio devenaient une catégorie de personnel en tension (- 9 %), ainsi que les préparateurs en pharmacie (- 11 %). Or ces deux dernières catégories de personnel sont cruciales pour permettre un fonctionnement optimal des investissements lourds consentis en radiologie, radiothérapie et en automates de pharmacie (cf. 3.2, *supra*).

Ainsi, en avril 2023, trois des dix machines de radiothérapie sont à l'arrêt, avec pour conséquence une chute de l'activité de l'ordre de 20 %. Cette tension sur les manipulateurs radio concerne avant tout la radiothérapie et non la radiologie d'imagerie.

Afin de faire face à la pénurie de préparateurs en pharmacie, l'IGR a commencé fin 2022 à recruter des techniciens formés pour les industries pharmaceutiques et cosmétologiques. Cette qualification, qui représente une année d'études de moins que celle de préparateur en pharmacie, ne permet pas la dispense de médicaments, mais autorise selon sa certification professionnelle, les différentes étapes de la fabrication de produits de santé liquides et solides. La libération des poches de chimiothérapie après leur fabrication reste donc soumise à l'action d'un pharmacien. L'agence régionale de santé a été saisie de ce sujet, à la fois par la direction de l'établissement et par les organisations syndicales ; elle n'a pas transmis de réponse formelle.

4.3 Le cadre des CLCC explique des écarts de rémunération avec la fonction publique

Les CLCC, en tant qu'établissement privés, ne sont pas soumis aux grilles de la fonction publique hospitalière. Les salaires des personnels non médicaux sont régis par la convention collective nationale des centres de lutte contre le cancer du 1^{er} janvier 1999, que les établissements peuvent compléter par des primes *ad hoc* dans le cadre de la liberté contractuelle, par décision unilatérale ou par accords collectifs.

Or les cotisations salariales et patronales sont plus élevées dans les établissements privés. De ce fait, et même si les rémunérations brutes sont supérieures, la convention collective comprend des salaires nets minimums inférieurs à ceux de la fonction publique hospitalière, voire à ceux des établissements privés lucratifs. Une étude menée par Unicancer en 2019 identifie des différentiels, notamment concernant les personnels infirmiers diplômés d'État, les aides-soignants (en particulier en début de carrière), les techniciens de laboratoire et les manipulateurs radio ; le seul métier où la rémunération minimum nette est supérieure en CLCC à celle de la fonction publique hospitalière est celle des cadres de santé, qui ne représentent que 81 ETPR à l'IGR en 2022.

Cet écart a perduré par la suite, y compris en tenant compte des revalorisations dites « Ségur de la Santé », mais avec des variations selon les métiers : ainsi, si l'écart net mensuel en fin de carrière pour un manipulateur radio se réduit de 430 €/mois en 2019 à 243 €/mois en 2023, l'écart pour un infirmier diplômé d'État passe de 164 €/mois en 2019 à 315 €/mois en 2023.

Pour compenser ces différences, l'IGR a mis en place des primes afin de limiter la perte d'attractivité. Concernant les personnels infirmiers, une prime d'embauche, fixée précédemment à 1 800 €, a été revalorisée en juin 2021 à hauteur de 5 000 € pour un engagement de deux ans. De plus, une prime de fidélisation a été mise en place début 2022 à hauteur de 3 000 €.

L'établissement indique que les effectifs infirmiers de jour augmentent à nouveau depuis septembre 2022, mais que cette progression n'est pas encore constatée significativement pour le personnel de nuit.

4.4 La gestion de l'absentéisme

L'IGR est confronté à un absentéisme en augmentation, particulièrement visible dans les secteurs de soins.

Tableau n° 15 : Absentéisme du personnel non médical, en %

	2018	2019	2020	2021	2022
Administration	11	10	11	11	12
Enseignement	19	22	16	10	14
Laboratoires cliniques	19	22	16	10	14
Logistique médicale	12	12	15	14	15
Psychologie-ERI	3	3	7	7	5
Recherche	6	8	7	7	7
Secrétariat Général Adjoint	13	13	15	14	14
Secrétariat médical	10	11	12	11	13
Secrétariat médical-RDV	7	3	6	13	18
Soins autres	16	18	18	19	20
Soins blocs opératoires	12	18	17	21	16
Soins Gestion	0	3	5	9	5
Soins imagerie-radiothérapie-physique	6	8	9	11	13
Soins infirmiers jour	14	13	16	17	18
Soins infirmiers nuit	11	13	15	19	19

Source : données de l'établissement

Par ailleurs, l'IGR présente aussi la particularité d'avoir un taux d'absence pour maladie particulièrement bas. La jeunesse de son personnel explique ainsi un fort taux d'absence pour congé parental ou de congé parental d'éducation, tandis que les congés sabbatiques sont aussi relativement nombreux. De plus, le nombre d'absences sans solde (congé sans solde, absences non autorisées, suspension, journées de grève) augmente considérablement sur la période, passant de 4 863 jours en 2018 à 10 315 en 2022, notamment du fait des suspensions prononcées dans le cadre de la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et à l'obligation vaccinale des personnels de santé qui en découlait.

Tableau n° 16 : Taux d'absentéisme des non cadres, en %

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>IGR</i>	7,3	8	9,7	9,3	NC
<i>dont maladie</i>	4,7	6,7	4,8	6,5	NC
<i>Médiane des CLCC</i>	7,2	7,5	8,7	8,6	NC
<i>dont maladie</i>	NC	6,5	5	6,2	NC

Source : Unicancer

Conséquemment, les mesures prises pour réduire l'absentéisme incluent le passage de 60 à 110 places en crèche, à la fois par l'achat d'un futur espace dans les bâtiments en construction sur le site de Villejuif pour remplacer la crèche actuelle et par la réservation de places à la crèche de l'hôpital Paul Guiraud (à 10 minutes de bus) ou à proximité du lieu de résidence des personnels en faisant la demande.

L'établissement indique aussi avoir lancé en 2023 des groupes de travail sur la réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles ou sur le retour au travail après une longue maladie.

4.5 La qualité de vie au travail, objet d'une attention particulière

Les questions de qualité de vie au travail font l'objet d'un accord signé en 2018, mettant en place un « cercle de la qualité de vie au travail » composé de représentants de la direction et des départements, de représentants des organisations syndicales et de préventeurs santé et sécurité au travail spécialisés. La qualité de vie au travail a fait l'objet d'un score de 100 % dans la certification de la haute autorité de santé en 2022.

Le document unique d'évaluation des risques est fourni, identifiant 1 247 risques dont 65 sans mesures préventives en place ; sur ces dernières, 32 prévoient des mesures à prendre à l'avenir. Le cycle de travail en 12h, règle générale pour les services d'hospitalisation complète à l'IGR, est identifié comme facteur de risque physique et psychologique et fait l'objet de mesures de prévention physiques (port de montres-alarmes en cas de patients agressifs, accès à une salle zen au bloc opératoire) et organisationnelles (procédure d'urgences psychosociales, amélioration des repas de nuit) ainsi que de moyens d'information et de formation (enquête somnolence, formation à la psychologie du soin, formation à la gestion de l'agressivité).

Par ailleurs, l'établissement ne dispose que d'une seule psychologue du travail, qui effectue 1 500 consultations individuelles par an²⁹. Ce positionnement apparaît sous-dimensionné à la chambre, en particulier eu égard à la nature particulièrement complexe du travail en cancérologie adulte et pédiatrique.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'IGR est un employeur important, avec 2500 à 2700 salariés pour sa seule partie hospitalière (excluant la recherche sur fonds dédiés). Sa masse salariale augmente régulièrement sur la période contrôlée, alors même que le nombre d'emplois revient en 2022 au même étiage qu'en 2018. La croissance de la masse salariale provient donc principalement d'augmentations de salaire, car l'IGR exploite les souplesses du statut privé pour demeurer attractif par rapport au secteur public, tout particulièrement vis-à-vis des personnels soignants (non médicaux).

L'IGR peine à recruter certaines catégories de personnel notamment infirmier (particulièrement de nuit), mais aussi dans des domaines techniques comme la pharmacie et la radiothérapie. Ces pénuries limitent l'activité de l'établissement et conduisent à la réduction de ses capacités.

Elles se manifestent non seulement par des emplois non pourvus mais aussi par un taux d'absentéisme relativement important. L'IGR a récemment commencé à prendre des mesures coordonnées pour lutter contre cet absentéisme et améliorer la qualité de vie au travail.

5 UNE INFORMATION COMPTABLE INSUFFISAMMENT CLAIRE

5.1 Des comptes d'emploi des ressources règlementaires mais incohérents

Le compte d'emploi des ressources (CER) a pour vocation de reprendre, entre autres informations (contributions de fonds privés, subventions, concours publics) les produits issus de la générosité publique et les dépenses que ceux-ci financent. Pour autant, il reprend aussi le montant total des produits de l'année de l'établissement. Or, celui produit par l'IGR pour les années 2018 et 2019 fournit des totaux différents de ceux des comptes annuels. La prise en compte de l'ensemble des ressources doit donc passer par des commentaires et des annexes explicatives complexes, notamment en raison de la multiplicité des comptes associés. Ainsi la comparaison de ces CER avec les comptes financiers (bilan et compte de résultat) est peu intelligible. L'établissement lui-même n'a d'ailleurs initialement pas disposé des éléments d'explication nécessaires en réponse aux interrogations de la chambre.

En conséquence de l'inadaptation de ce cadre règlementaire, Unicancer en septembre 2019 a saisi l'autorité des normes comptables et le conseil de normalisation des comptes publics afin d'apporter une clarification du référentiel comptable. À compter de 2020, les CLCC n'appliquent donc plus le règlement ANC 2018-06, mais l'instruction M21.

²⁹ En supposant que l'agent effectue les 1 607 h annuelles de travail prévus à l'article L. 3121-44 du code du travail, cela correspond à des consultations de 55 minutes sans discontinuer, et ce sans prendre en compte les activités collectives, la participation aux organes de gouvernance ou la rédaction des rapports.

Les CER 2020 et 2021, pour leur part, n'ont pas fait apparaître l'ensemble des ressources réelles liées à la générosité du public, car seules les ressources transitant par le compte de résultat y sont reprises, ce qui exclut celles impactant le bilan (notamment les legs immobiliers et les produits constatés d'avance). Ces nouveaux modèles de présentation des CER, bien que réglementaires, ne permettent pas non plus une bonne lecture des ressources collectées, qui sont bien justifiées dans la comptabilité générale.

Pour présenter l'ensemble de l'information nécessaire de façons intelligible, l'IGR a adopté en 2022 une présentation révisée de ses CER 2020 à 2022 qui s'écarte du cadre réglementaire. Cette approche, validée par son commissaire aux comptes, a permis d'intégrer, dans ces CER révisés, l'ensemble des ressources issues de la générosité publique.

La chambre en conclut que les comptes de l'IGR, bien qu'établis conformément au référentiel de présentation réglementaire, ne présentaient pourtant pas l'intégralité des ressources et ne permettaient pas d'avoir une vision consolidée des dons et legs perçus par l'établissement, notamment pour les CER 2020 et 2021.

Les principales différences entre les deux référentiels comptables sont exposées en annexe 3.

Le présent rapport traitera par suite spécifiquement des données tirées des comptes financiers annuels, sauf pour la détermination des volumes totaux de dons et legs où il sera fait référence au CER.

5.2 Un mécanisme de certification qui a conduit à des ajustements comptables en 2018 et 2019

D'après les rapports élaborés par les commissaires aux comptes en 2018, 2019, 2020, 2021, les comptes de l'IGR ont été certifiés sans réserve par un premier cabinet de commissaires aux comptes au titre des exercices 2018 et 2019 et par un second pour les exercices 2020, 2021 et 2022.

Dans le cadre de cette procédure de certification, l'IGR a procédé à des retraitements qui peuvent ponctuellement faire apparaître des variations significatives de son résultat et de son patrimoine passé ou présent.

En 2018, le commissaire aux comptes observe pour la première fois une comptabilisation des stocks de réactifs du département de bio-pathologie pour 0,8 M€.

En 2019, l'établissement a procédé à des ajustements pour améliorer la fiabilité de ses comptes. Ceci l'a amené, pour la première fois, à comptabiliser les charges à payer pour congés payés (avec un impact de - 15,3 M€ au compte de résultat). Il a procédé également à des ajustements comptables par l'actualisation des provisions pour risques et charges (+ 3,9 M€ d'impact au compte de résultat). Dans le cas des immobilisations acquises avant 2000, il s'agit d'un rattrapage d'écritures comptables qui n'avaient pas été comptabilisées à l'inventaire de l'actif immobilisé et qui ont été régularisées en masse en 2019 (0,6 M€ d'impact sur le résultat).

5.3 Un changement majeur de méthodes comptables en 2020 qui induit des écritures de régularisation sur des montants importants

Comme évoqué *supra*, à compter de 2020, l'IGR a été tenu de se conformer à l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé. Pour procéder à la mise en conformité des comptes, l'instruction M21 permet de procéder à des « corrections d'erreur en situation nette », directement au bilan, sans conséquences sur le résultat net comptable.

Ainsi, les retraitements opérés dans ce cadre, bien que beaucoup plus significatifs en termes de montants que les ajustements réalisés en 2018 et 2019, ont eu, pour l'essentiel, une incidence au niveau du bilan, mais pas au niveau du compte de résultat. Ces changements ont, en premier lieu, eu une incidence sur la comptabilisation des dons et legs, mais ont également concernés les fonds dédiés, les projets de recherche et d'enseignement, l'inventaire et la comptabilisation des produits générés par les patients non-résidents, non assurés sociaux (cf. 1.5, *supra*).

5.3.1 Les changements opérés pour la comptabilisation des dons et legs

Jusqu'en 2019, les dons et legs apparaissent à part dans un compte d'emploi et de ressources, mais leur impact sur les équilibres financiers de l'IGR n'apparaît pas clairement dans le compte de résultat car les modalités de comptabilisation de ces dons et legs sont multiples³⁰. De plus, l'établissement utilisait avant 2020 des comptes de stock (classe 3) et des comptes de tiers (classe 4) pour suivre l'évolution infra-annuelle des dons et legs.

Ainsi, en 2020, étaient dressés les constats suivants :

- 21 M€ de ressources collectées auprès du public étaient jusqu'alors enregistrés en « autres dettes diverses » et n'étaient comptabilisés ni en produits ni en apports. Au bilan d'ouverture 2020, ces 21 M€ ont été retraités comme suit :
 - 10 M€, correspondant à des dons et legs non affectés, sont reclassés en report à nouveau ;
 - 11 M€, correspondant à des dons et legs affectés, sont reclassés en produits constatés d'avance.
- lorsque l'IGR utilisait des dons et legs pour financer des investissements, les sommes étaient imputées en « subventions d'investissement », générant des reprises de quote-part au compte de résultat³¹ ; 43,7 M€ nets³² ont donc été reclassés en report à nouveau en 2020.

³⁰ Leur comptabilisation se répartissait entre certains comptes de résultat (compte 75888999, compte 777 et compte 6895 et 7895 et 6588) et de bilan (compte 195, 102, 131,360, 467, 468).

³¹ À compter de 2020, et afin de se conformer aux dispositions de la M21, ce compte de « subvention d'investissement » doit être utilisé pour le suivi des subventions de financeurs institutionnels.

³² Ces 43,7 M€ correspondent au montant brut de 76,4 M€ de subventions d'investissement comptabilisées à ce titre diminué du montant des amortissements comptables des immobilisations ainsi acquises (32,7 M€).

À partir de 2020, les dons et legs sont comptabilisés comme suit :

- les dons et legs non affectés sont comptabilisés en produits de l'exercice ou en apport en capital non affectés, l'établissement étant libre d'en choisir l'usage ;
- les dons et legs affectés aux dépenses de fonctionnement d'un projet, sont affectés en compte d'exploitation (et non plus en apport en capital). Ils font l'objet d'une inscription en produit constaté d'avance lorsqu'ils sont non employés ; à l'inverse, quand ils sont employés, ils constituent un produit affecté de l'exercice ;
- les dons et legs affectés à des investissements sont comptabilisés en capitaux propres, en apport ;
- les dons et legs en instance, dont le suivi infra-annuel était, jusqu'en 2020, partiellement assuré en compte de stock sont, depuis cette date, suivis en compte de créances³³ (conformément aux dispositions de la M21) et sont mentionnés en engagements hors bilan.

Tableau n° 17 : Retraitements dons et legs en 2020, en €

N° compte	Nom comptes	Solde début 2020	Solde Fin 2020
10250000	Dons et legs capital	28 921 107	0
10251000	Dons et legs capital non affectés	0	40 378 488
13188100	Subvention investissement dons et legs non affectés	76 394 613	0
13988100	Amortissements des subventions	- 32 733 881	0
36000008	Stock immobilisations legs	8 594 958	0
50800008	Stock financier legs	3 073 787	0
48780001	PCA dons et legs affectés	0	13 927 481
77130000	Libéralités recettes non affectées	0	8 791 229
77131000	Libéralités recettes affectées	0	6 682 349

Source : balances et retraitements CRC

5.3.2 Les autres changements opérés à la faveur du passage à la nomenclature M21

5.3.2.1 Les projets de recherche

Les financements affectés à des projets d'exploitation pluriannuels mais non encore utilisés à la clôture de l'exercice n'étaient pas comptabilisés en produits de l'exercice mais dans un compte « autres dettes diverses » (468) dans l'attente de leur utilisation. En outre, pour les projets de recherche réalisés mais pour lesquels les excédents ou déficits du projet n'étaient pas justifiés ou fiables, ces sommes étaient maintenues dans ce compte « autres dettes diverses ». En 2020, ce solde de 43,8 M€ a été retraité comme suit :

³³ Compte 468 – divers charges à payer et produits à recevoir.

- 20,2 M€ ont été reclassés en produits constatés d'avance ou en produits à recevoir correspondant à des projets pluriannuels faisant l'objet de conventions de financement et de clauses suspensives ;
- 23,6 M€ ont été reclassés en report à nouveau avec un suivi analytique.

Ce n'est donc que depuis 2020 que ces activités contribuent au résultat de l'IGR.

5.3.2.2 Les fonds dédiés

Les fonds dédiés, non prévus par la nomenclature M21, ont fait l'objet de reclassements :

- 27,7 M€ en produits constatés d'avance (PCA) ;
- 3,1 M€ en produits à recevoir (PAR) ;
- 3,9 M€ en report à nouveau pour les fonds dédiés sans pièces justificatives.

5.3.3 Les conséquences comptables des retraitements opérés en 2020

Les retraitements listés précédemment ont eu une incidence majeure sur le bilan de l'IGR. Celui-ci affichait, en bilan de clôture 2019, un report à nouveau déficitaire de – 42 M€. Le bilan d'ouverture 2020 présente un report à nouveau excédentaire de + 38 M€³⁴, soit une progression de 80 M€.

Pour autant, cette amélioration ne correspond qu'à une écriture de régularisation mais ne se matérialise par aucun flux de trésorerie sur cet exercice.

En outre, une partie de ce report à nouveau (27,5 M€) est constituée de ressources qui ne sont, en réalité, pas disponibles en vertu d'une pratique interne à l'IGR consistant à conserver aux chercheurs la possibilité de prélever pour leurs recherches futures un montant correspondant aux reliquats des crédits perçus au titre de projets antérieurs mais non encore dépensés³⁵.

Dans le même temps, le solde des subventions d'investissements (57,6 M€ au bilan d'ouverture) a été ramené à 2,7 M€ et celui des fonds dédiés (28,5 M€) ramené à zéro.

³⁴ Le report à nouveau excédentaire de 37,8 M€ et se décompose comme suit :

- 10,2 M€ sur les crédits hospitaliers avant affectation du résultat de l'exercice 2020 ;
- 27,5 M€ sur les crédits externes (CREEXT), dont :
 - 14,9 M€ liés à des prestations de recherche financées par des industriels ;
 - 6,8 M€ de programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) ou de programmes de recherche translationnelle en cancérologie (PRTK) datant de plus de 5 ans ;
 - 4,8 M€ pour des prestations de recherche à financement caritatif/associatif et de facturation des plateformes technologiques de recherche.

³⁵ Cette pratique, fondée sur un « contrat social non écrit » (selon les termes repris dans les PV du conseil d'administration), revient à gager sous forme de report à nouveau des montants (à hauteur de 3,4 M€ pour 2020, pour un total de 27,5 M€ en report à nouveau à cette date), qui ne sont de ce fait plus réellement disponibles pour l'établissement, ces ressources étant fléchées pour le financement d'activités de recherche et d'enseignement futures.

Au total, l'incidence des retraitements comptables sur les fonds propres a été de 94 M€³⁶ à la hausse et de 83 M€ à la baisse³⁷.

Ces changements de méthode comptable ont également eu une incidence sur le résultat de l'année 2020 : les produits exceptionnels ont ainsi augmenté le résultat de 2020 à hauteur de 15,4 M€. Par ailleurs, les méthodes comptables précédentes auraient abondé le résultat de 11 M€, correspondant aux reprises sur subventions d'investissements sur dons et legs, pratique abandonnée en 2020. L'incidence nette sur le résultat 2020 a donc été d'environ + 4 M€.

Ces régularisations conséquentes rendent difficiles les comparaisons entre la période 2018-2019 et les années suivantes, car le référentiel de présentation des comptes en est affecté. Pour autant, la présentation 2018-2019 comme la nouvelle norme adoptée en 2020 présentent des insuffisances qui limitent l'intelligibilité et la clarté de l'information financière transmise aux instances de gouvernance. Ces insuffisances ont, dans les deux cas, contraint l'établissement à compléter dans des annexes et commentaires complexes les tableaux produits. En réaction à ce défaut de transparence, l'IGR a d'ailleurs fini par réviser ces informations dans un format qui lui est propre (cf. 5.1, *supra*).

5.3.4 Des préconisations en matière de transparence financière, imparfaitement mises en œuvre

Le changement des pratiques comptables de l'établissement a fait l'objet d'une expertise confiée à un cabinet indépendant en juillet 2021. Celle-ci recommandait en particulier que l'IGR renforce son pilotage stratégique concernant deux domaines :

- d'une part, l'affectation des dons et legs non fléchés entre financement d'investissements (sous forme de capitaux propres à l'actif), financement de l'activité de recherche (sous forme de produits constatés d'avance) ou enfin l'affectation au compte de résultat en tant que recette. Ce point stratégique n'est clairement explicité ni dans les comptes financiers ni dans le CER ; pour autant, au moins en 2022, il a fait l'objet d'un point d'information lors de la présentation des comptes 2021 au conseil d'administration ;
- d'autre part, et concernant la pratique de sanctuarisation des ressources de recherche non dépensées (évoquées au 5.3.3, *supra*), l'expertise préconisait la limitation officielle de cette pratique à cinq ans après la clôture du projet de recherche échoué et invitait le conseil d'administration à statuer sans délai sur ce point. Ce dernier n'a pas statué dessus durant la période de contrôle. Pour autant, en réponse au rapport provisoire de la chambre, l'établissement s'est engagé à les limiter à l'avenir.

³⁶ 80 M€ de report à nouveau, 11 M€ d'apports et 2,6 M€ de résultat.

³⁷ Avec le retraitement des subventions d'investissements et des fonds dédiés.

5.4 L'information médicale doit être fiabilisée pour sécuriser les recettes de l'établissement

Les recettes provenant de l'assurance maladie dépendent étroitement de la capacité de l'IGR à correctement retranscrire et coder les actes réalisés. En situation de garantie de financement, comme l'est l'IGR depuis 2020, cette incidence de l'information médicale sur le niveau de recettes est atténuée, mais représente un risque lors du retour à la tarification à l'activité.

La qualité de l'information médicale peut être altérée par des erreurs quantitatives (codage non-exhaustif) ou qualitatives (lourdeur des cas sous-valorisée du fait d'un mauvais recensement des diagnostics associés et des comorbidités par exemple) dans le codage des séjours ou des séances, des modifications a posteriori du codage des séjours transmis et des problèmes ponctuels de transmission de données.

L'IGR utilise sur la période contrôlée plusieurs logiciels distincts :

- l'outil interne SIMBAD pour le dossier médical du patient. Cet outil a été développé par une équipe propre à l'IGR dont les développeurs ont depuis quitté l'établissement en laissant très peu de documentation, handicapant sa mise à jour et sa fonctionnalité. L'établissement engage à partir de 2022 une transition vers le logiciel DXCARE ;
- la suite PASTEL, dédiée à la gestion administrative des patients (identification, localisation, pièces administratives, etc.), prenant la suite de l'environnement Web100T en 2020 ;
- la suite Capitoools, dédiée à la gestion du PMSI proprement dit, c'est-à-dire à la comptabilisation et au codage des actes médicaux.

Or les interfaces entre ces logiciels sont défaillantes : l'instabilité des interfaces entre le logiciel de gestion du dossier médical du patient et celui assurant sa gestion administrative constitue un facteur de fragilité et ne permet pas d'optimiser la qualité des informations transmises à l'assurance maladie et donc les recettes afférentes.

Le contrôle du codage pour 2018 et 2019 a fait l'objet d'audit externes mandatés par le commissaire aux comptes, qui indiquent un environnement de risques maîtrisé. Par la suite, l'IGR a établi une liste de 108 contrôles possibles concernant l'exhaustivité et la qualité du codage. L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les contrôles menés de 2018 à 2022 ; le tableau fourni pour le premier trimestre 2023 ne met en évidence que sept contrôles effectués. Les contrôles automatisés n'apparaissent pas en tant que tels dans la liste, et des contrôles obsolètes y apparaissent encore. Une mise à jour de la politique de contrôle apparaît donc nécessaire.

Recommandation performance 2 :	Mettre en œuvre une politique de contrôle renforcé de la qualité de l'information médicale.
---------------------------------------	--

L'environnement numérique impacte aussi la qualité de la facturation. Ainsi l'indice de facturation, qui mesure l'efficacité de la chaîne de facturation³⁸ apparaît comme particulièrement dégradé à l'IGR depuis 2020 alors qu'il se situait au niveau de la médiane nationale jusqu'alors.

Cette subite détérioration s'explique par la mise en service simultanée de nouveaux logiciels, à la fois pour la facturation administrative (gamme PASTEL) et pour la production du PMSI (Capitools). Cet impact se résorbe lentement : en 2021 l'IGR affichait encore un indice de facturation trois fois plus dégradé que la médiane nationale.

Tableau n° 18 : Indice de facturation en %

	2018	2019	2020	2021	2022
Valeur médiane nationale	2,6	3,7	4,7	3,4	NC
Indice facturation IGR	2,8	4,7	18,4	12,5	12,5

Source : Hospidiag

Les risques pesant sur les recettes se manifestent aussi par des pertes sur créances irrécouvrables. La chambre constate une diminution de ces pertes sur la période, même si l'établissement maintient un niveau élevé de précaution sous la forme de provisions pour créances douteuses.

Tableau n° 19 : Créances douteuses et irrécouvrables, en M€

	2018	2019	2020	2021	2022
Provisions pour créances douteuses	3,2	3,7	10,6	7,8	5
Pertes sur créances irrécouvrables	1,7	0,43	0,7	0,3	0,3

Source : comptes financiers 2018 à 2021 et balance 2022

5.5 Un rattachement des charges à payer assez faible

Les charges à payer, qui matérialisent la réalisation d'un service fait et qui constitue une dette certaine non encore finalisée par un paiement avant la fin de l'exercice (factures non parvenues au 31 décembre) ont augmenté de 81 % en valeur absolue. Cependant, les taux de rattachement de ces charges sont faibles par rapport aux charges d'exploitation.

³⁸ Cet indice rapporte la valorisation des séjours des mois d'avril, mai et juin d'une année n lors de la transmission initiale, à la valorisation des séjours de cette même période (avril à juin) tels que valorisés en décembre de l'année n. Cela permet de mettre en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours. Cet indicateur doit tendre vers zéro.

Tableau n° 20 : Charges rattachées en M€

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution (en%)
Charges à payer - Fournisseurs factures non parvenues	4,09	2,96	5,99	4,10	7,40	81
Charges d'exploitation	374,38	411,44	432,70	433,23	474,46	27
Taux de rattachement (en %)	1,09	0,72	1,38	0,95	1,56	43

Source : Balances et retraitement CRC

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'IGR a fait usage de systèmes complexes de comptabilisation des dons et legs, dans des cadres réglementaires successifs peu adaptés à la situation particulière de l'établissement. Ceci a mené à la publication de comptes d'emplois et de ressources incomplets, présentant des discordances peu intelligibles, malgré l'adjonction d'annexes explicatives. L'IGR a ainsi dû recourir en 2022 à une présentation non réglementaire, mais plus complète, de ses trois plus récents CER.

L'IGR a aussi procédé à des retraitements comptables significatifs à la faveur du passage à la nomenclature M21 qui ont essentiellement concerné la comptabilisation des dons et legs, les subventions d'investissements, les fonds dédiés et le financement des activités de recherche. Ces retraitements se sont notamment traduits par un abondement du report à nouveau de plus de 80M€. Ceci a conforté les fonds propres qui étaient par ailleurs réduits par l'apurement d'une partie des subventions d'investissements et des fonds dédiés. L'incidence nette de l'exercice 2020 sur les fonds propres a ainsi été d'environ 11 M€. Pour autant cet abondement du report à nouveau et cette amélioration faciale des fonds propres ne correspond qu'à une écriture de régularisation et ne se matérialise par aucun flux de trésorerie sur cet exercice.

Comme pour tout établissement dépendant de la tarification à l'activité, l'IGR a besoin d'une codification exacte de ses actes médicaux. Or l'IGR dépend d'outils informatiques mal interfacés et sa politique de contrôle a posteriori doit être actualisée pour la rendre plus cohérente et mieux ciblée.

6 UNE SANTÉ FINANCIÈRE FRAGILISÉE PAR LA BAISSSE DE L'ACTIVITÉ

L'analyse financière doit être lue à la lumière de l'incidence des retraitements comptables, notamment entre 2019 et 2020. Les différentes étapes de l'analyse du résultat et du bilan peuvent en être affectées, en prenant en compte des montants qui ne reflètent pas une évolution des ressources et des emplois mais bien une correction comptable en situation nette comme évoqué dans la partie relative à la fiabilité des comptes.

6.1 Les produits couvrent encore la hausse des charges, grâce aux dispositifs transitoires liés à la crise sanitaire

Le volume financier géré par l'IGR augmente sur la période : les produits passent de 396,14 M€ par an en 2018 à 486,38 M€ en 2022 ; les charges suivent une évolution similaire, passant de 392 M€ à 486,35 M€. En revanche, les résultats de l'exécution budgétaire présentent des résultats déficitaires entre 2019 et 2021.

Tableau n° 21 : Total des produits et des charges en €, exécution budgétaire

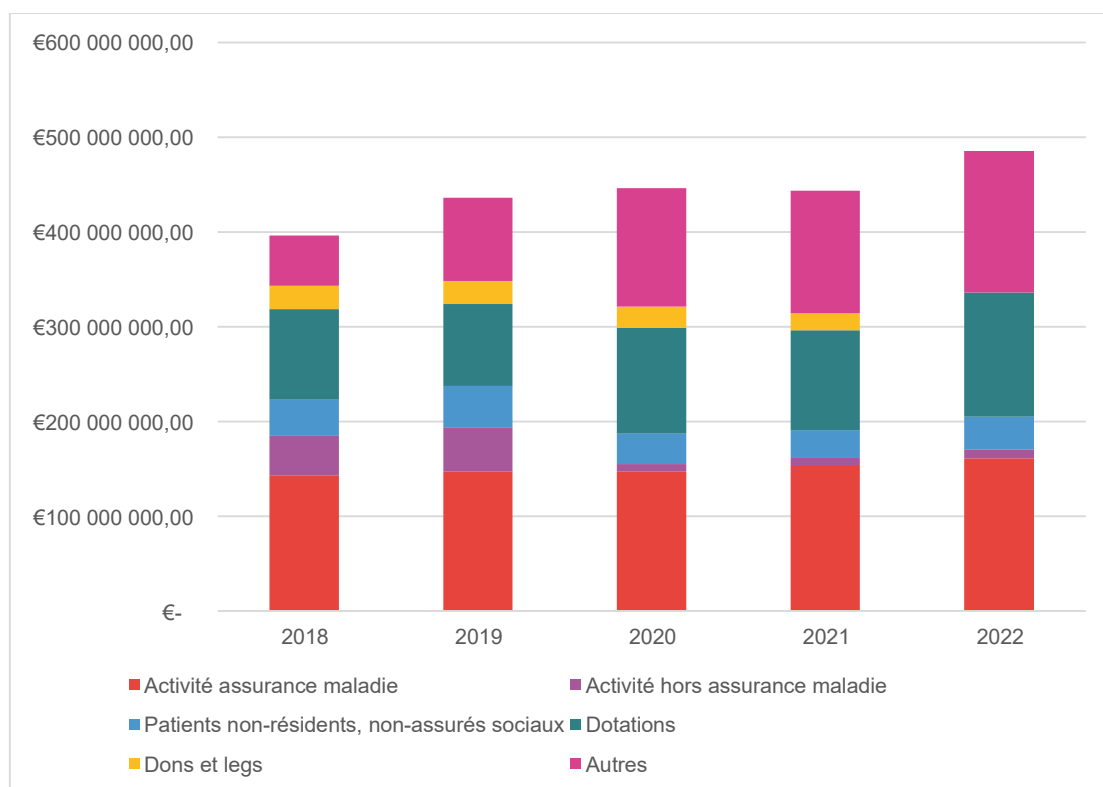
	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution (en %)
Produits	396 149 211	436 075 000	446 213 000	443 376 000	486 383 562	22,77
Charges	392 666 758	439 090 000	446 619 000	446 162 000	486 356 575	23,85
Résultat	3 482 453	- 3 015 000	- 406 000	- 2 786 000	26 987	- 99,22

Source : comptes financiers et fichiers données 2022 et retraitements CRC

6.1.1 Le niveau de produits de l'établissement est artificiellement préservé par la garantie de financement consécutive à la crise sanitaire

Les principaux produits sont présentés en annexe 4.

Graphique n° 6 : Composition des produits, 2018-2022³⁹



Source : comptes financiers, retraitements de la chambre

³⁹ En l'absence de compte emploi ressources finalisé pour 2022, la chambre ne dispose pas du montant des dons et legs ; pour l'année 2022, ils sont inclus dans les autres produits.

Comme tout établissement de santé, la ressource principale de l'IGR est le financement par l'assurance maladie de son activité (32 % des produits en 2022). Pour autant, la chambre relève une part importante des ressources plus spécifiques que sont les patients non-résidents, non assurés sociaux, les dons et legs et les dotations.

6.1.1.1 L'activité de l'établissement lui rapporte moins de produits avec le temps

Sur la période 2018 à 2022, l'activité de l'établissement a généré des produits à hauteur de :

- 737 M€ pour les séjours de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) financés par l'assurance maladie, soit 33% des produits totaux de la période ;
- 72 M€ pour les produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie pour 72 M€ soit 3 % des produits totaux, et 1 % pour l'hospitalisation non complète ;
- 72,6 M€ pour les produits des prestations de soins délivrées aux patients non-résidents non assurés sociaux en France, soit 3% des produits totaux.

En 2020, la crise sanitaire a eu une incidence importante sur les produits. Les produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie ont chuté de 31,2 M€. Les produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'assurance maladie ont baissé de 6,37 M€. Les produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux ont diminué de 11,76 M€. L'activité hospitalière ne retrouve pas jusqu'en 2022 le niveau de recettes d'avant 2020, et cela, alors même que pour la partie financée par l'assurance-maladie, l'établissement bénéficie de la garantie de financement (cf. ci-dessous).

Enfin, le développement de certaines techniques médicalement innovantes a, paradoxalement, un effet délétère sur les produits de l'établissement. La technique de l'hypo-fractionnement, qui réduit le nombre de séances nécessaires pour un même patient, réduit mécaniquement la rémunération que l'assurance-maladie rembourse pour ce patient d'environ 50 %, selon l'estimation de l'IGR. L'établissement estime la perte liée à cette sous-valorisation de l'innovation à 5,7 M€ en année pleine.

6.1.1.2 Des dotations d'exploitation en forte augmentation

Sur la période 2018 à 2022, le fonds d'intervention régional (FIR) de 51,51 M€, les dotations de missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)⁴⁰ pour 307,8 M€ et la dotation annuelle de financement de 23,8 M€ représentent 17,4 % des produits totaux.

Les autres dotations d'exploitation (hors FIR) représentent 131,3 M€ entre 2018 et 2022. Elles comprennent notamment 97 M€ de dotations liées à la recherche ainsi que 29,4 M€ de dotations en provenance de la fondation Gustave Roussy⁴¹ (issues des dons et legs des campagnes de collecte menées par la Fondation). Ces dotations constituent 6 % des produits totaux de la période.

La hausse de ces dotations et plus particulièrement celle des MIGAC (+ 47 %) a permis de compenser la chute des produits de la tarification en hospitalisation non pris en charge par l'assurance maladie.

Ces dotations ont contribué à amortir la chute des produits de l'activité non couverts par la garantie de financement, à savoir la part restant à la charge des patients ou de leur mutuelle et les produits des prestations de soins délivrées aux patients non-résidents non assurés sociaux en France.

6.1.1.3 Des dons et legs instables

La chambre se fonde pour cette analyse sur le compte d'emplois des ressources produit chaque année par l'établissement (cf. section 5, *supra*).

⁴⁰ Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) se décomposent comme suit :

- 1) Les missions d'intérêt général (MIG) recouvrent des activités spécifiques et bien identifiées qui ne peuvent être financées à l'activité soit en raison de l'absence d'une classification adaptée soit compte tenu de leur rattachement impossible à un patient donné. Ces activités peuvent être classées en deux grandes catégories :
 - les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) précisées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale ;
 - les autres missions qui figurent aux 2°, 3° et 4° des articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale parmi lesquelles les missions de vigilance et de veille épidémiologique, la veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques, l'intervention d'équipes pluridisciplinaires et la coordination pour certaines pathologies spécifiques.

- 2) La dotation d'aide à la contractualisation (AC), se décompose en six catégories :

- développement de l'activité,
- maintien d'une activité déficitaire,
- amélioration de l'offre (Action de coopération et/ou Soutien à la démographie des personnels de santé),
- restructuration et soutien financier aux établissements,
- aides à l'investissement,
- autres.

Il convient de distinguer l'aide à la contractualisation dite nationale qui recouvre principalement des dotations nationales conjoncturelles déléguées à titre provisoire ou de façon ponctuelle (aides en trésorerie ou à soutien à l'investissement) de l'aide à la contractualisation régionale. Cette dernière peut être définie comme la véritable marge de manœuvre des ARS et a majoritairement été transférée dans le FIR en 2012 et 2013.

⁴¹ La Fondation Gustave Roussy, créée en 2005, a pour vocation de collecter des dons et legs et de verser des financements à l'IGR concernant essentiellement la recherche, mais aussi tous les autres axes d'amélioration de la qualité des soins.

Le compte d'emploi des ressources inclut les dons et legs adressés directement à l'IGR, ainsi que les versements effectués par la fondation Gustave Roussy, dont l'objet est de collecter des dons et legs pour les reverser par la suite à l'IGR.

Pour les années 2018 à 2020, l'IGR a versé à la fondation une dotation de fonctionnement de 2 070 000€ par an ; les sommes versées à l'IGR par la fondation ne provenaient donc pas exclusivement de la générosité publique, mais en partie des fonds propres de l'IGR. De plus, à partir de 2020, l'IGR a remboursé sur appel de la fondation des dépenses engagées par elle pour la collecte de fonds.

Par ailleurs, la fondation a changé de statuts en 2023 pour devenir une fondation de recherche à part entière. Cette plus grande indépendance confirme la pertinence de la pratique, adoptée en 2020, de comptabiliser séparément les dons et legs collectés par la fondation et l'institut.

À cette aune, les ressources collectées auprès du public par l'IGR présentent une évolution contrastée, en forte augmentation entre 2018 et 2020 puis en légère diminution.

Tableau n° 22 : Part des dons et legs collectés par l'IGR (ressources utilisées), en €

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2018-2022 (en %)
Ressources collectées	26 598 892	24 348 796	29 630 000	25 939 999	25 869 592	- 2,7
Total produits	396 149 211	436 075 000	446 213 000	443 376 000	486 383 562	22
% des produits	6,7	5,58	6,64	5,85	5,31	

Source : compte emplois ressources, rapports des CAC et comptes financiers

Le montant des ressources issues de la générosité publique collectées par l'IGR décline légèrement au cours de la période, avec des variations annuelles pouvant aller jusqu'à 22 %. Les prévisions financières de l'IGR ne peuvent donc raisonnablement pas anticiper une croissance continue des dons et legs.

6.1.1.4 Les ressources liées aux médicaments : une évolution contrastée

Les rétrocessions de médicaments sur la période 2018 à 2022 se montent à 24,7 M€. Une hausse de 1 M€ s'explique à partir de 2021 car certains nouveaux produits sont rentrés en 2021 dans le champ des médicaments avec possibles rétrocessions.

Tableau n° 23 : Molécules onéreuses (en M€)

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution (en %)
Produits	30,3	37,7	51,6	58,4	48,8	61
Charges	34,8	41,6	57,9	55,75	58,7	69
Écarts	4,4	- 3 9	- 6,3	2,7	- 9,8	

Source : balances et retraitement CRC

Les molécules onéreuses sont des spécialités pharmaceutiques coûteuses, qui peuvent faire l'objet d'un financement de l'assurance-maladie en complément du remboursement du séjour lui-même. Elles doivent cependant pour cela faire partie des molécules agréées par l'assurance-maladie, dite « liste en sus ». Comme tous les établissements avec une importante activité de cancérologie, l'IGR fait un large usage des molécules onéreuses. De plus, de par sa spécialisation dans les cas les plus complexes, il a fréquemment recours à des molécules qui n'ont pas encore été intégrées à cette liste en sus. Cette pratique pèse sur l'équilibre budgétaire de l'établissement, pour un total de près de 22 M€ sur la période. L'établissement explique aussi cet écart, pour une part qu'il ne précise pas, par la prise en charge de ces molécules par la facturation aux patients non-résidents, non assurés sociaux et par la prise en charge par des dispositifs spécialisés de l'assurance-maladie tels que les autorisations temporaires d'utilisation et les accès précoces.

6.1.1.5 Depuis 2020, la garantie de financement protège l'établissement de l'effet de la chute de son activité

Le dispositif de garantie de financement mis en place pour faire face à la crise Covid par l'arrêté du 6 mai 2020 a pour but de pérenniser les ressources de l'année 2019, sauf si l'activité de l'année 2020 justifiait des ressources supérieures. L'établissement est financé à hauteur de ce que lui rapporterait l'activité de 2019, compte tenu de revalorisations annuelles des tarifs des actes.

Cette garantie ne concerne que les ressources issues de l'assurance maladie, sur le périmètre de la tarification à l'activité MCO. Les ressources issues des patients non-résidents, non assurés sociaux, du financement de la recherche clinique ou de l'activité hôtelière, par exemple, ne sont pas prises en compte dans ce dispositif.

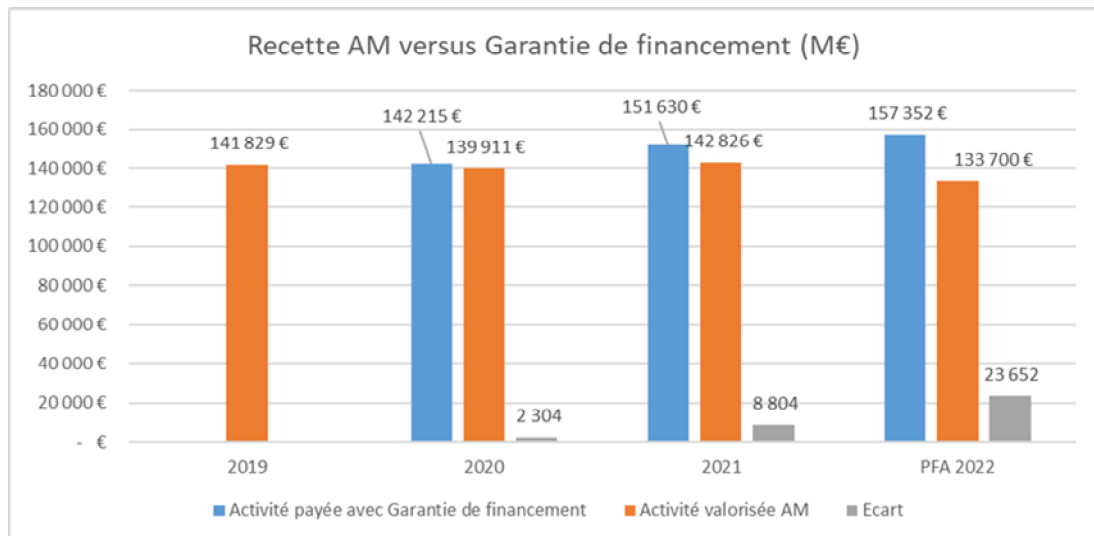
L'IGR a fait partie des neuf CLCC (sur 17 en France) qui ont effectivement eu recours à cette garantie de financement, au vu de leur baisse d'activité entre 2019 et 2020.

Le dispositif a été prolongé pour les ressources 2021 à 2022 par des arrêtés successifs⁴².

Or la baisse de l'activité de l'IGR, combinée à la réorientation vers des activités moins rémunérées telles que la radiothérapie par hypo-fractionnement ou l'hospitalisation de jour plutôt que l'hospitalisation complète, expose l'IGR à un risque financier significatif.

En effet, sans la garantie de financement, la tarification à l'activité aurait engendré des pertes de plusieurs de millions d'euros par an (24 M€ en 2022).

⁴² Arrêté du 13 avril 2021, arrêté du 17 août 2021, arrêté du 10 mai 2022, arrêté du 24 août 2022.

Graphique n° 7 : Effet de la garantie de financement

Source : établissement

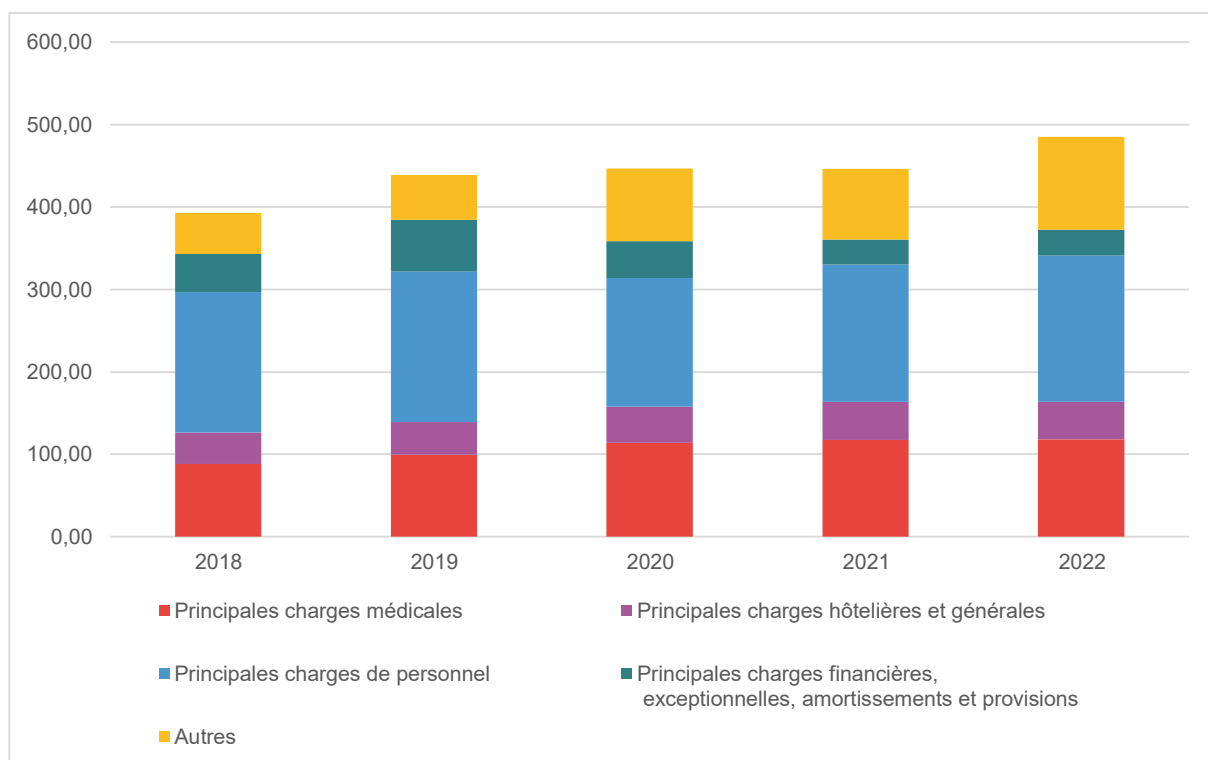
L'état prévisionnel des recettes et des dépenses adoptés pour l'année 2023 fait l'hypothèse d'une croissance de l'activité entre 2022 et 2023. La confirmation du maintien d'un mécanisme de garantie de financement à hauteur de 70 % de son montant de 2022, intervenue au 1er trimestre 2023, améliore mécaniquement le résultat prévisionnel de Gustave Roussy de 7 M€, sous réserve que l'augmentation d'activité prévisionnelle se confirme.

Le retour à une tarification à l'activité, s'il n'est pas concomitant d'une augmentation rapide de l'activité, menacerait donc l'équilibre financier de l'établissement.

6.1.2 Les charges d'exploitation présentent une hausse constante sur la période

Les principales charges sont présentées en annexe 4.

Graphique n° 8 : Composition des charges



Source : balances et retraitement CRC

Les charges de personnel, si elles restent prépondérantes pour l'établissement, voient leur importance reculer au profit des charges médicales. Les charges hôtelières et générales, engagées notamment pour l'hébergement des patients et l'entretien des locaux, restent maîtrisées, à l'exception de charges d'énergie à partir de 2021 (cf. 6.2.2.3).

6.1.2.1 Depuis la crise sanitaire, un recours accru aux personnels extérieurs et l'alourdissement de certaines charges générales

Les charges occasionnées par les personnels sous contrat à durée indéterminée augmentent de 18 % sur la période, malgré une baisse exceptionnelle en 2020 avec la crise sanitaire de 92,86 M€ à 86,42 M€.

En lien avec l'augmentation des effectifs médicaux de 27 % sur la période et de la hausse du salaire médical moyen (cf. section 4, *supra*), les cotisations sociales pour les personnels médicaux augmentent elles aussi de 33 %.

Les charges de personnel extérieur à l'établissement ont doublé entre 2018 et 2022 passant de 6,88 M€ à 12,57 M€. Depuis la crise sanitaire, le besoin de personnel paramédical s'est avéré important pour répondre à l'activité, notamment en ayant recours à l'intérim dont les charges ont augmenté de 120 % entre 2018 et 2022 passant de 2,3 M€ à 5,06 M€. L'IGR a également fait face à une augmentation forte des charges de personnel détaché (médical et paramédical) entre 2021 et 2022.

Tableau n° 24 : Recours au personnels extérieurs en M€

	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution (en %)
Charges intérim totales	2,3	3,2	3,3	4,4	5,5	139
dont charges intérim paramédical	2,3	2,9	3,2	4,1	5,06	120
Charges personnel détaché non médical	0,8	0,73	0,66	0,95	1,5	88
Charges personnel détaché médical	0,28	- 0,058	0,26	0,38	5,54	1 878
Internes APHP	3,5	3,1	3,5	3,7	nc	

Source : balances et retraitement CRC

6.1.2.2 L'activité médicale a nécessité d'importants besoins de médicaments sur la période et un recours à la sous-traitance médicale

Les charges des produits pharmaceutiques, produits à usage médical ainsi que les fournitures ont fortement augmenté. Elles sont caractérisées par une augmentation de la consommation de médicaments avec notamment des achats importants des molécules onéreuses en sus (cf. section 6.1.1.4, *supra*).

Les dépenses de sous-traitance médicale (« sous-traitance générale » au sein du titre 2) augmentent à partir de 2021, en raison du développement de nouvelles techniques de diagnostic réalisées par des laboratoires extérieurs et financées par des programmes de recherche, qui augmentent entre 2020 et 2021 de 2,48 M€.

6.1.2.3 Energie et fluides : des risques liés au contexte inflationniste

Les coûts de l'énergie ont massivement augmenté entre 2021 et 2022, suite à la reprise de l'inflation consécutive à la guerre en Ukraine. Pour l'IGR, handicapé par la mise en place d'un nouveau marché de fourniture d'électricité en 2022, on observe un triplement des dépenses d'électricité. Cette augmentation est à comparer avec celle de 32,3 % en moyenne nationale pour les clients professionnels les plus consommateurs⁴³.

Tableau n° 25 : Dépenses énergétiques, en €

	2021	2022	Variation (en valeur)	Variation (en %)
Eau et assainissement	346 055	300 182	- 45 873	- 13
Gaz	447 234	1 301 882	854 649	191
Électricité	3 205 767	10 670 123	7 464 356	233
Combustibles	33 276	103 499	70 223	211

Source : balances et retraitement CRC

⁴³ Évolution de mars 2021 à mars 2022, clients professionnels segments CA-C4 de la tarification EDF.

6.2 Les performances financières : un établissement qui préserve ses marges de manœuvre malgré une faible rentabilité

6.2.1 Le taux de rentabilité nette

Le taux de rentabilité nette⁴⁴ de l'IGR est négatif entre 2019 et 2021 et inférieur aux taux médians des CLCC.

Tableau n° 26 : Taux de rentabilité net

	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat net en €	3 482 453	- 3 016 120	- 405 599	- 2 785 639	26 987
Recettes en €	392 897 325	431 609 701	439 938 114	435 478 874	480 178 178
Taux de rentabilité net en %	0,9	- 0,7	- 0,1	- 0,6	0,01
Taux de rentabilité net médian des CLCC en %	0,4	0,2	0,1	nc	nc

Source : comptes financiers (compte de résultat comptable) et Unicancer ; retraitement CRC

6.2.2 Une marge brute durablement basse

Le CPOM de l'IGR ne fixe pas de taux de marge brute cible ; cependant, un taux de 6 % avec une cible de 8 % de marge brute hors aide a été fixée au niveau national par la norme COPERMO, avant que celle-ci soit supprimée en 2020 dans le cadre du Ségur de la santé (le conseil scientifique des investissements de santé a par la suite établi un taux plancher de 3 %). Par ailleurs, dans le cadre des indicateurs individuels établis par l'ARS pour l'instauration des contrats de restauration des marges financières en 2021, l'IGR émerge pour un taux de marge brute cible de 5,9 %. Depuis 2019, les taux de marge brute de l'IGR n'atteignent pas cette cible.

Tableau n° 27 : Marge brute

	2018	2019	2020	2021	2022
Marges brutes avec aide (en €)	34 178 241	14 639 180	18 811 687	14 604 206	20 108 524
Taux de marge brute réalisé (en %)	9,20	3,81	4,58	3,48	4,33
Marges brutes hors aides (en €)	25 722 838	6 120 865	10 356 014	6 148 533	11 652 851
Taux de marge brute réalisé (hors aides) (en %)	7,09	1,63	2,57	1,49	2,5
Aides à l'investissement	8 455 403	8 518 315	8 455 673	8 455 673	8 455 673
CAF ANCRE	28 017 017	12 805 163	31 268 024	22 373 745	26 762 081
CAF issue des comptes financiers	23 368 484	17 545 701	31 268 000	22 396 000	26 762 082

Source : comptes financiers et Ancre et retraitements CRC

⁴⁴ Les comparatifs Unicancer évoquent à ce sujet le terme de « rentabilité financière », qui désigne à proprement parler la rentabilité des capitaux propres.

6.2.3 Le passage du résultat à la capacité d'autofinancement

Les dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions nets des reprises, qui constituent des charges non décaissables, sont importantes entre 2018 et 2022. Les fortes évolutions des dotations nettes aux provisions et aux amortissements s'expliquent majoritairement par les changements de méthode en 2019 et l'application de l'instruction M21 en 2020. Ceci explique notamment pourquoi, en dépit d'une amélioration notable de la CAF en 2020, le résultat demeure déficitaire sur cet exercice.

Tableau n° 28 : Passage du résultat à la CAF, en €

	2018	2019	2020	2021	2022
Résultat (a)	3 433 82 453	-3 016 120	- 405 599	- 2 785 639	26 987
CAF(b)	23 368 484	17 545 701	31 268 000	22 396 000	26 762 082
Retraitements=(b) - (a)	+ 19 886 031	+ 20 561 821	+ 31 673 599	+ 25 181 639	+ 26 735 095
dont impacts des dotations aux amortissements aux dépréciations et aux provisions nets des reprises sur la CAF	+ 30 030 178	+ 32 676 614	+ 31 973 635	+ 25 953 844	+ 27 957 985
dont impacts sur le changement de comptabilisation des dotations d'investissements sur la CAF	10 320 063	- 11 364 709	- 253 033	- 762 568	- 1 199 889

Source : comptes financier retraités par la CRC

6.2.4 Une capacité d'autofinancement régulièrement inférieur à la médiane

La capacité d'auto-financement nette mesure la capacité de l'IGR à financer ses investissements par ses ressources propres, après le remboursement du capital de sa dette. En 2019 et 2021, le taux de CAF nette de l'IGR est nettement inférieur au taux médian des CLCC. La CAF 2020 n'est pas comparable ayant été fortement impactée par les changements de méthodes comptables portant sur les dotations d'investissement qui l'ont artificiellement augmentée de 11,3 M€.

Tableau n° 29 : Capacité d'auto-financement de l'IGR, en €

	2018	2019	2020	2021	2022
CAF	23 368 484 ⁴⁵	17 545 701	31 268 000	22 396 000	26 762 082
Fonds dédiés	8 694 147	14 394 137			
Remboursement en capital de la dette	9 983 589	10 391 193	10 754 000	11 079 000	12 314 983
CAF nette sans retraitement des fonds dédiés	13 384 895	7 154 508	20 514 000	11 317 000	14 447 099
Total produits Exécution budgétaire réalisé	396 149 211	436 075 000	446 213 000	443 376 000	486 383 562
Taux de CAF en %	5,9	4	7	5	5,5
Taux CAF nette en %	5,6	1,6	4,6	2,6	3
Taux CAF nette médian CLCC en %	3,7	3,4	4,4	4,4	nc

Source : comptes financiers et comparatifs Unicancer, retraitements CRC

6.3 Le financement des investissements repose pour moitié sur des recettes d'investissement externes fortement dépendantes des dons et legs

L'IGR compte sur l'utilisation de nombreux leviers de financement de ses investissements : capacité d'auto-financement, fonds issus de la générosité du public, dotations d'investissement, valorisation de certains actifs fonciers (parcelles de terrain cédées à la SADEV 94 en 2023 dans le cadre de l'aménagement du Grand Paris) et recours à l'emprunt.

⁴⁵ Ce chiffre résulte d'un retraitement de la chambre pour intégrer les fonds dédiés.

Tableau n° 30 : Le financement des investissements de l'IGR, en €

		2018	2019	2020	2021	2022	Cumul sur la période
CAF		23 368 484	17 545 701	31 268 000	22 396 000	26 762 082	121 340 267
- Annuités en capital de la dette		9 983 589	10 391 193	10 754 000	11 079 000	12 314 983	54 522 765
CAF nette		13 384 895	7 154 508	20 514 000	11 317 000	14 447 099	66 817 502
+ recettes d'investissements hors emprunt	Apports en capital	628 941	0	11 457 000	13 301 000	12 872 233	38 259 174
	Dotations d'investissement	15 386 580	4 309 205	971 000	4 823 000	2 143 304	27 633 089
	Immobilisations financières	67 827	790 764	52 000	71 000	1 462 671	2 444 262
	Cessions d'immobilisations	0	0	0	9 000	23 001	32 001
Financement propre disponible		29 468 243	12 254 477	32 994 000	29 521 000	30 948 308	135 186 028
- dépenses d'équipement, participation, titres individualisés et validation de dette PPP	Immobilisations incorporelles et corporelles	23 002 396	28 534 041	31 710 000	33 917 000	29 228 160	146 391 597
	Immobilisations financières et charge à répartir	- 64 749	3 231	50 000	10 000		- 1 518
Capacité (+) ou besoin (-) de financement propre		6 530 596	- 16 282 795	1 234 000	- 4 406 000	1 720 148	- 11 204 051
+nouveaux emprunts de l'année		8 000 000	15 120 000	0	15 000 000	5 001 400	43 121 400
Variation du fonds de roulement		14 530 597	- 1 162 795	1 234 000	10 594 000	6 721 548	31 917 350

Source : comptes financiers 2018 à 2022 et éléments pour présentation 2022

Sur la période contrôlée, l'IGR a généré une capacité d'autofinancement brute cumulée de 121,3 M€ affectée pour près de moitié au remboursement en capital de la dette, ramenant la CAF nette cumulée à 66,8 M€.

À cet autofinancement net se sont ajoutées 68,3 M€ de ressources d'investissement hors emprunt, entres autres constituées par 27,6 M€ de dotations d'investissements et 38,2 M€ d'apports. Les dons et legs ont constitué les deux tiers de ces recettes d'investissement hors emprunts, soit 43,3 M€ : 19,6 M€ en dotations d'investissement⁴⁶ et 23,7 M€ en apports en capital.

Le financement propre disponible s'est donc élevé à 135 M€ en cumul sur la période et a couvert 92 % des dépenses d'équipement (146,4 M€ sur la période).

En conséquence, le besoin de financement total de la période a atteint 11,2 M€. Nonobstant ce faible besoin, l'IGR a emprunté 43 M€, abondant en conséquence son fonds de roulement de 31,9 M€ en cumul sur la période.

⁴⁶ Ces dons et legs ont été comptabilisés en subventions d'investissement en 2018 et 2019 avant le passage à la M21 (cf. partie 5.3.1, *supra*).

6.4 Un équilibre patrimonial fragile

Cet abondement du fonds de roulement était néanmoins nécessaire car l'IGR présente une structure bilancielle à la fois atypique⁴⁷ et fragile. Sa trésorerie ne repose en effet que sur un besoin en fonds de roulement négatif, le fonds de roulement étant lui-même négatif jusqu'en 2020.

Tableau n° 31 : Bilan de l'IGR par année⁴⁸, en M€

	2018	2019	2020	2021	2022
Emplois stables (immobilisations)	5 592,1	5 594,2	5 575,7	6 606,4	6 628,4
Total actif immobilisé brut	5 592,1	5 594,2	5 575,7	6 606,4	6 628,4
Ressources stables	5 590,6	5 587,7	5 571,1	6 612,4	6 639,7
Capitaux propres (hors provisions pour risques et charges)	1 112,3	1 100,5	1 111,3	1 125,9	1 139,7
Provisions risques et charge	115,6	112,6	112,5	112,4	112,7
Dotations amortissements, dépréciation et provisions	3 378,7	3 385,9	3 369,3	3 392,2	4 412,7
Dettes financières à LT (hors ICNE et crédits et lignes de trésorerie)	884	888,8	778	881,9	774,6
Fonds de roulement net global⁴⁹	- 1,5	- 6,5	- 4,5	66	111,3
Actif circulant exploitation	773,6	887,6	1 106,5	1 106,3	1 121,7
Stocks (comptes classes 3)	113,8	116,4	110,2	114,1	114
Créances exploitation	559,8	771,2	996,2	992,1	1 107,7
Passif circulant exploitation	557,6	770,1	994,7	777,1	1 106,6
Avances reçues	111,7	00	00	00	00
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	334,5	330,7	336,2	223,3	337,2
Avances et acomptes des hospitalisés	00	77,5	222,4	118,2	331,7
Dettes fiscales et sociales	111,4	228,7	334,3	335,1	337,7
Caisse pivot / avance assurance Maladie	00	33,1	11,8	00,5	00
Besoin de fonds de roulement d'exploitation	116	117,5	111,7	229,1	115,1
Actif circulant hors exploitation	117,81	332,3	118,2	114,5	117,8
Créances diverses	117,8	332,3	118,2	114,4	117,6
Charges constatées d'avance hors exploitation.	00,01	00,01	00,01	00,047	00,2
Passif circulant hors exploitation	668,7	991,4	557,9	662,1	770,01
Dettes sur immobilisations	88,9	44,5	00	00	00
Fonds déposés par les hospitalisés et hébergés	00	00	00	00	00
Autres dettes diverses (dons legs en instance, comptes créditeurs recherche et enseignement)	555,3	883,5	11,4	11,5	00,01
Intérêts courus non échus	11	00,7	00,6	00,5	00,4
Produits constatés d'avance	33,5	22,7	555,9	660,1	669,6
Besoin de fonds de roulement hors exploitation	- 50,89	- 59,1	- 39,6	-47,7	- 52,3
Trésorerie active	333,4	335,1	227,1	332,2	448,5
Disponibilités	116,5	332,1	227,1	332,2	448,5
Valeurs mobilières de placement	116,9	33,1	00	00	00
Trésorerie passive	00	00	33,7	77,6	00
Retraitements concours bancaires courants et soldes créditeurs de banque	00	00	33,7	77,6	00
Trésorerie nette	333,4	335,1	223,4	224,6	448,5

Source : comptes annuels, retraitements par la chambre

⁴⁷ Par rapport aux autres établissements de santé et même par rapport à certains centres de lutte contre le cancer.

⁴⁸ Les comptes 2022 n'étant pas arrêtés à la date du contrôle, des éléments du bilan manquent pour cette année.

⁴⁹ Fonds de roulement issu des comptes financiers.

6.4.1 Un fonds de roulement net global négatif jusqu'en 2020, un encours de dette modéré

Le fonds de roulement net global cumulé au 31 décembre de chaque année est négatif sur la période 2018 à 2020 pour redevenir positif en 2021 pour 6 M€. Les investissements de long terme ne sont donc pas financés par des ressources stables.

Cette atrophie du fonds de roulement s'explique notamment par un recours limité à l'endettement : les dettes financières ne représentent que 11% des ressources stables en 2022.

Les ratios d'analyse de l'encours de dette démontrent que l'encours de dette rapporté au total des produits ainsi que le ratio d'indépendance financière⁵⁰ sont en diminution constante sur la période et se situent à des niveaux significativement inférieurs aux seuils d'alerte définis pour les établissements publics de santé⁵¹. La durée apparente de la dette est également faible, ce qui témoigne d'une solvabilité satisfaisante.

Tableau n° 32 : Ratios d'analyse de l'encours de la dette

	2018	2019	2020	2021	2022
Ratio d'indépendance financière (dettes financières/ressources stables) en %	45,7	50	39	37	34
Durée apparente de la dette (dette financière/CAF brute) en années	3,6	5,1	2,5	3,7	2,8
Encours de la dette/total des produits en %	21,1	20,4	17,7	18,8	15,5

Source : comptes financiers 2018 à 2022

De surcroît, la nature de la dette est peu risquée : au 31 décembre 2022, l'IGR était détenteur d'un encours de dette de 74,5 M€, dont 68,4 M€ à taux fixe. Le taux moyen de sa dette est de 1,47 % par an, ce qui reste maîtrisé.

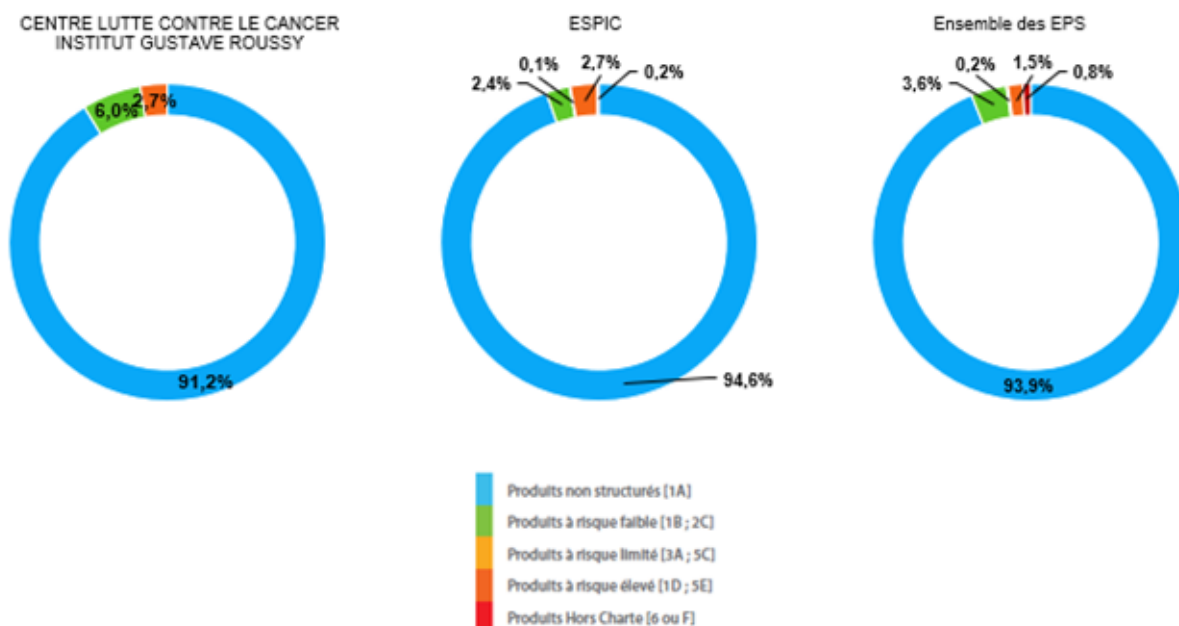
Les produits risqués au sens de la charte de bonne conduite, dite charte « Gissler »⁵², représentent une part de l'encours, qui bien que supérieure à la moyenne des établissements de santé, demeure marginale (2,7 %, soit moins de 2 M€).

⁵⁰ Ce ratio dit d'indépendance financière rapporte les dettes financières au total des ressources stables et mesure donc en réalité le niveau de dépendance financière de l'établissement.

⁵¹ Il s'agit des ratios prévus par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique et applicables aux établissements publics de santé. Ils sont ici uniquement utilisés par analogie, sans aucun caractère opposable. Cet article prévoit que « le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 % ».

⁵² Reprise par la circulaire interministérielle n° NOR IOCB1015077C du 25 juin 2010 relative aux produits financiers offerts aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics et la circulaire interministérielle DGOS/PF1/DB/DGFIP n° 2012-195 du 9 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

Graphique n° 9 : Répartition des risques des emprunts de l'IGR

Source : audit Finance active

6.4.2 Une trésorerie portée par les crédits de recherche et les dons et legs

Le besoin en fonds de roulement global (BFR) est fortement et structurellement négatif, de par les modalités de financement de l'IGR. Le BFR d'exploitation positif⁵³, est en effet compensé par la perception des crédits de recherche et des dons et legs avant la réalisation des dépenses qu'ils ont vocation à financer⁵⁴.

Le besoin en fonds de roulement a constitué un levier important qui a permis de faire face à une insuffisance de ressources stables pour financer les emplois stables. En effet, les versements issus des dons et legs et non encore utilisés (respectivement 11,5 M€ en 2018 et 21 M€ en 2019), ainsi que les produits constatés d'avance à compter de 2020, contribuent à la trésorerie de l'établissement.

En dépit d'un fonds de roulement net global négatif entre 2018 et 2020 et positif mais fragile depuis lors, la trésorerie nette de l'IGR est positive au 31 décembre de chaque année. Si elle se situe à un niveau considéré comme optimal (environ 30 jours de charges d'exploitation) en 2018 et 2019, elle est devenue plus fragile en 2020 et 2021, ce qui a contraint l'IGR à recourir à des découverts (concours bancaires courants et soldes créditeurs de banque) à hauteur de 3,7 M€ en 2020 et 7,6 M€ en 2021. La situation de trésorerie s'est partiellement redressée en 2022 où elle représentait, au 31 décembre 37,4 jours de charges d'exploitation.

⁵³ Le besoin en fonds de roulement d'exploitation est positif, variant de 15 M€ à 29 M€ de 2018 à 2021. Ceci traduit un besoin de trésorerie au regard de l'activité de l'établissement. Pour autant, l'établissement bénéficie d'avances et acomptes des hospitalisés pour 7,5 M€ en 2019, 22,4 M€ en 2020 et 18,2 M€ en 2021 et 31,7 M€ en 2022 et d'avances reçues de l'assurance maladie pour 3 M€ en 2019 et 1,8 M€ en 2020 et 0,5 M€ en 2021, qui atténuent ce besoin.

**Tableau n° 33 : Fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie
au 31 décembre de l'année**

	2018	2019	2020	2021	2022
FRNG (en €)	-1 511 446	- 6 511 436	- 4 530 325	6 041 536	11 318 118
BFR (en €)	- 34 930 671	- 41 669 277	- 27 913 561	- 18 556 865	- 37 261 360
Trésorerie (FRNG-BFR), en €	33 419 225	35 157 841	23 383 236	24 598 401	48 579 478
Trésorerie en jours de charges d'exploitation	32,6	31,2	19,7	20,7	37,4

Sources comptes financiers et retraitements CRC

Les équilibres bilanciaux de l'IGR traduisent une trésorerie nette consolidée positive au 31 décembre de chaque année. Cette trésorerie reçoit des contributions élevées provenant d'une part des avances de fonds perçus au titre des projets de recherche et d'autre part de la collecte de dons et legs ; ces deux sources ont donc permis de financer une partie des investissements de 2018 à 2020. Les dons et legs restent néanmoins placés sur des comptes sur livrets, distincts des comptes courants de l'hôpital, ce qui permet leur identification à tout moment.

6.5 Des engagements hors bilan maîtrisés à partir de 2019

Les engagements hors bilan de l'IGR sont relativement peu nombreux, et leur volume baisse sur la période contrôlée.

Une subvention ou dotation de fonctionnement est versée jusqu'en 2020 à la fondation Gustave Roussy, d'un montant de 2 070 000 €. Pour les années 2018 et 2019 apparaît donc un engagement hors-bilan représentant les futurs versements. À partir de l'année 2020, ce modèle est abandonné en faveur d'un remboursement sur appel de fonds des frais engagés par la fondation pour l'exercice de son objet, c'est-à-dire la collecte de fonds destinés à être reversé à l'IGR.

Les provisionnements pour indemnités de départ à la retraite sont maîtrisés, passant de 24,7 M€ en 2019 à 12,3 M€ en 2022. Ce point est à mettre en regard de la relative jeunesse du personnel de l'IGR, mais aussi de la stabilité voire la diminution de ses effectifs sur la période.

L'établissement a peu recours à la formule du crédit-bail, n'en ayant fait usage qu'en 2015 pour un lot de copieurs, qui s'amenuise à mesure que les équipements vieillissent (le contrat ne représente plus que 197 098 € en 2022 sur deux copieurs).

L'IGR est titulaire d'un bail emphytéotique⁵⁵ qui le lie avec l'hôtel voisin, ce qui représente un engagement de 0,8 M€ pour un loyer annuel de 36 000 €.

Enfin, à compter du passage à la norme M21, les legs qui ont été acceptés par le conseil d'administration mais non encore valorisés représentent un engagement hors bilan. Ceux-ci sont en légère augmentation au cours de la période, ce qui indique que l'établissement pourrait dégager des marges de manœuvre supplémentaires en améliorant la valorisation des legs, notamment par des cessions (pour les legs immobiliers) ou par des placements rémunérateurs.

⁵⁵ Un bail emphytéotique est un bail de temps très long (ici 50 ans), qui prévoit pour le locataire des droits proches de ceux d'un propriétaire.

Tableau n° 34 : Engagements relatifs à la valorisation des stocks de legs, en M€

<i>2020</i>	2021	2022
<i>14,6</i>	16,3	17,6

Source : comptes financiers

6.6 Un projet ambitieux, reposant sur des hypothèses de financement peu réalistes

La stratégie financière de l'établissement est présentée par son plan global de financement pluriannuel (PGFP). Incomplet en 2020, non adopté en 2021, ce PGFP a été adopté en 2022 pour la période 2023-2027 en intégrant les orientations du projet stratégique institutionnel (PSI).

Ce PSI comprend un programme d'investissement particulièrement ambitieux (cf. section 3, *supra*) concentré sur la période 2023-2027 qui, outre les investissements courants (144 M€), prévoit la réalisation d'investissements structurants pour un montant de plus de 300 M€ : la restructuration de l'IGH (78 M€), la construction d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation⁵⁶ (64 M€), d'un nouveau bâtiment de recherche (143 M€) et d'un parking silo (47 M€).

À ces investissements s'ajoutent 87,9 M€ de remboursements d'emprunts et 30,6 M€ d'apports de fonds propres vers la société de projet.

Ce sont donc 594 M€ d'emplois qui doivent, selon le dernier PGFP en date, être financés.

L'IGR a prévu de les financer par les ressources suivantes :

- 140 M€ de capacité d'autofinancement. Cette projection repose sur une évolution des charges relativement maîtrisée⁵⁷ et sur les hypothèses de recettes suivantes :
 - une progression des recettes T2A de 3 % par an à partir de 2024, et ce, en dépit de l'extinction de la garantie de financement ;
 - le maintien de l'aide à l'investissement annuelle FIR de 6,9 M€ après 2025 ; or l'ARS a confirmé l'extinction de cette aide, sans autre ressource publique pour la remplacer à ce jour ;

⁵⁶ Bâtiment dédié à la prévention, à l'ambulatoire et aux patients non-résidents, non assurés sociaux. Ce bâtiment sera financé aux trois-quarts par un système de crédit-bail. Seule une partie de ce montant (11 M€) est donc intégrée dans les emplois à financer. Le différentiel est financé en charge d'exploitation sous forme de loyer.

⁵⁷ Les hypothèses d'évolution des charges sont les suivantes : + 3 % de charges de personnel ; + 2 % par an de charges médicales, + 1 % des charges hôtelières et générales. Cette évolution prévisionnelle semble peu compatible avec le contexte d'inflation connu depuis 2022.

- une progression des recettes en provenance des patients et mutuelles de plus 7 % par an reposant essentiellement sur la progression des produits engendrés par les patients non-résidents, non assurés sociaux. Cette progression est conditionnée par l'ouverture du nouveau bâtiment dédié dans le courant de l'année 2025 et par une montée en charge rapide de l'activité internationale une fois ce bâtiment ouvert⁵⁸ ;
- des autres produits en hausse de 3 % par an.
- 161 M€ d'emprunts nouveaux qui doubleraient l'annuité en capital de la dette ; laquelle passerait de 12 M€ à 24 M€ et absorberait les trois quarts de la capacité d'autofinancement brute en 2027. L'IGR se rapprocherait des seuils d'alerte s'agissant du taux d'endettement (30 % en 2027) et du taux de dépendance financière (48 % en 2027) ;
- 92 M€ de produits issus de la générosité publique : l'IGR parie sur une augmentation significative des dons et legs non affectés qui seraient ainsi fléchés sur le financement de l'investissement. Ces derniers passeraient ainsi de 9 M€ en 2022 à 15 M€ en 2027 ;
- des dotations au titre du Ségur investissement à hauteur de 30 M€, notifiées par l'ARS en juin 2022 ;
- des fonds propres investis par la caisse des dépôts et consignations dans une société de projets dédiée à hauteur de 30 M€ (sur la base d'une demande qui doit encore être instruite à date du rapport) ;
- un prélèvement sur le fonds de roulement à hauteur de 31 M€, soit un niveau particulièrement élevé compte tenu de la fragilité du fond de roulement fin 2022 ;
- des ressources intitulées « autres » pour un montant de 26 M€, dont des cessions foncières.

Conscient de la fragilité de certaines hypothèses de construction de ce PFGP, l'IGR a inclus à la fin du document, une section « plan de maîtrise des risques » qui précise : *« en cas de dégradation des hypothèses d'exploitation ou de surcoûts d'investissement, l'IGR pourra mobiliser d'autres ressources exceptionnelles, non intégrées dans cette version du PGFP : cession accélérée d'un stock de biens issus de legs, acceptés par le conseil d'administration, mais non encore cédés, dont la valeur est estimée à 12 M€ ; cession du foncier disponible à GR2, qui a été estimée, pour la seule parcelle « parking et atelier » à 6 M€ ; cession de participations détenues par GR Transfert dans des start-up issues de la recherche scientifique (GRT détient 9 % dans 16 sociétés, soit une valorisation actuelle de 40 M€) ».*

Le plan global de financement pluriannuel de l'IGR repose sur des hypothèses fragiles voire peu réalistes. La chambre attire l'attention de l'IGR sur les risques inhérents aux cessions de participations susceptibles d'hypothéquer des recettes futures et le développement de la recherche. En l'absence de financements externes plus importants (cf. encadré *infra*), elle recommande à l'IGR de revoir sa stratégie financière sur la base d'hypothèses de construction réalistes.

⁵⁸ Les projections escomptent une augmentation des recettes internationales qui passeraient de 32,5 M€ en 2022 à 35 M€ en 2024, puis, dès l'année suivante un surplus annuel de recettes (par rapport à ces 35 M€) lié à l'ouverture du nouveau bâtiment : + 2,35 M€ en 2025 ; + 6,1 M€ en 2026 ; + 10,2 M€ en 2027 ; + 14,7 M€ en 2028.

Encadré n° 2 : Les financements externes destinés à des écosystèmes plus vastes et une opportunité manquée avec le contrat de plan État-Région

L'IGR a été lauréat de financements dans le cadre d'appels à projets hautement compétitifs au sein du programme « investissements d'avenir ». Ceux-ci ne doivent toutefois pas abonder directement le budget de l'IGR, mais être adressés à des structures partenariales dont l'IGR est membre.

Ainsi, une enveloppe de 100 M€ sur dix ans a été annoncée en décembre 2022 pour financer un écosystème d'incubation de jeunes pousses et d'aide à la valorisation de la recherche translationnelle, prévu pour être situé à proximité de l'IGR mais sur des parcelles ne lui appartenant pas. Ce financement ne doit pas être reçu par l'établissement lui-même mais par la fondation de coopération scientifique Paris Saclay Cancer Cluster, dont l'IGR est fondateur au même titre que l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'université Paris Saclay, l'institut polytechnique de Paris et le groupe Sanofi.

De même, le projet d'institut hospitalo-universitaire PRISM, co-porté par l'IGR, l'INSERM, l'Université Paris Saclay, Unicancer et CentraleSupElec, a été sélectionné en mai 2023 et devrait recevoir 30 à 40 millions d'euros sur dix ans. Ce financement permettra des recrutements et l'achat d'équipements lourds ; cependant il ne pourra être alloué à la construction de bâtiments et ne pourra donc pas alimenter le projet stratégique immobilier de l'IGR.

En revanche, le contrat de plan État-Région 2021-2027, qui permet des dépenses de bâtiment, n'inclut aucun projet concernant l'IGR, car celui-ci n'a pas déposé de demande d'aide à l'investissement dans ce cadre ; la finalisation du projet stratégique, mi-2021, étant intervenue peu après la clôture des demandes pour le projet quinquennal.

Recommandation performance 3 : Formaliser une stratégie financière en élaborant un plan global de financement pluriannuel actualisé sur la base d'hypothèses de construction réalistes sur 10 ans.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'équilibre financier de l'IGR a été maintenu entre 2018 et 2022 grâce à la garantie de financement et aux dotations de fonctionnement reçues. L'IGR a ainsi pu financer ses investissements par sa capacité d'autofinancement et une mobilisation des dons et legs non affectés tout en limitant son recours à l'emprunt. Cependant les investissements engagés entre 2018 et 2022 (146 M€) ont été limités aux renouvellements strictement nécessaires.

L'IGR présente une situation patrimoniale atypique et fragile. Peu endetté, il a affiché un fonds de roulement négatif de 2018 à 2020, faiblement positif depuis lors. Sa trésorerie repose ainsi, pour l'essentiel, sur la perception de recettes anticipées que sont les crédits de recherche et les dons et legs non affectés qui ont contribué, de 2018 à 2020, à financer les investissements de long terme. Le faible niveau de trésorerie a contraint l'IGR à recourir à des découverts (concours bancaires courants et soldes créditeurs de banque) à hauteur de 3,7 M€ en 2020 et 7,6 M€ en 2021. La trésorerie s'est partiellement redressée en 2022 où elle représentait, au 31 décembre, 37,4 jours de charges d'exploitation.

La réalisation du programme très ambitieux d'investissement démarré en 2022 (451 M€ entre 2023 et 2027), nécessaire pour maintenir le rang international de l'IGR, repose à ce jour sur un plan de financement dont les hypothèses de construction sont peu réalistes. La trajectoire d'exploitation envisagée est notamment fondée sur une croissance soutenue des dons et legs et de l'activité internationale, par nature soumises à des conjonctures imprévisibles.

La question est donc posée de l'ampleur du projet et de ses délais de réalisation au regard des ressources financières dont l'IGR pourra effectivement disposer.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire.....	72
Annexe n° 2. Effectifs des différentes catégories de personnel, 2018-2022.....	73
Annexe n° 3. Éléments de comparaison entre les normes comptables	74
Annexe n° 4. Principaux produits et charges	75

Annexe n° 1. Glossaire

ANC	Autorité des normes comptables
ANCRE	Application Nationale Compte financier, Rapport infra-annuel, État prévisionnel des recettes et des dépenses
ARS	Agence régionale de santé
BFR	Besoin en fonds de roulement
CAC	Commissaires aux comptes
CAF	Capacité d'auto-financement
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
COPERMO	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DRH	Direction des ressources humaines
ETP	Équivalent temps plein
ETPR	Équivalent temps plein rémunéré
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FIR	Fonds d'intervention régional
GR	Gustave Roussy
GR1	Gustave Roussy 1 : site de Villejuif
GR2	Gustave Roussy 2 : site de Chevilly-Larue
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PMSI	Projet de médicalisation des systèmes d'information
PNM	Personnel non-médical
RH	Ressources humaines
SADEV 94	Société d'économie mixte dédiée à l'aménagement, le développement économique et l'amélioration de la qualité de vie des habitants du Val-de-Marne
T2A	Tarification à l'activité
ZAC	Zone d'aménagement concerté

Annexe n° 2. Effectifs des différentes catégories de personnel, 2018-2022

	Effectif 2018	ETPR 2018	Effectif 2019	ETPR 2019	Effectif 2020	ETPR 2020	Effectif 2021	ETPR 2021	Effectif 2022	ETPR 2022	Évolution ETPR 2018-2022 (en %)
Spécialités médicales	262	203,17	269	211,57	297	238,12	321	251,27	297	258,49	27
- dont médecins généralistes (hors médecins urgentistes)	5	4,04	6	5,47	7	7,36	10	7,36	9	8,06	100
- dont anesthésistes-réanimateurs	27	21,73	30	24,58	28	27,01	32	26,02	35	29,91	38
Spécialités chirurgicales	43	34,55	49	35,46	50	37,05	52	40,45	53	38,41	11
Psychiatres	3	2,60	3	2,60	2	2,43	3	2,95	3	2,92	12
Pharmaciens	27	25,62	30	26,39	36	31,02	39	33,00	40	35,38	38
Autres	21	15,13	20	16,10	20	16,51	23	17,27	27	20,74	37
Total praticiens (hors internes)	356	281,07	371	292,12	405	325,13	438	344,94	420	355,94	27
Internes	112	123,51	117	134,49	134	147,12	116	148,22	154	129,90	5
Personnels d'encadrement du personnel soignant	75	69,86	90	77,36	88	79,05	90	82,47	94	81	16
Infirmiers DE avec spécialisation	50	45,30	56	48,31	50	48,34	51	46,25	48	44,95	- 1
Infirmiers DE sans spécialisation	601	563,54	603	559,09	603	558,33	524	527,02	482	461,67	- 18
Aides-soignants	219	197,57	243	211,47	240	215,91	244	227,32	241	223,90	13
ASH	82	67,75	81	66,88	81	71,10	86	74,40	84	72,92	8
Psychologues	13	10,18	13	10,37	20	14,50	19	12,73	20	12,52	23
Personnels de rééducation	29	24,81	28	24,38	29	24,67	30	24,01	31	25,38	2
Total Services de Soins	1 069	979,01	1 114	997,86	1 111	1 011,90	1 044	994,20	1 000	922,77	-6
Personnel de direction	10	9,35	11	9,08	12	10,10	9	9,00	10	8,43	- 10
Directeurs de soins infirmiers	1	1,00	1	1,08	1	1,00	1	0,52	1	0,99	- 1
Autres pers. administratifs	582	506,25	558	488,89	560	499,24	573	508,12	591	517,47	2
Personnels éducatifs et sociaux	14	13,43	13	12,22	15	12,61	13	12,29	14	10,71	- 20
- dont assistants de service social	9	8,51	9	8,47	10	7,62	8	7,41	9	6,22	- 27
Personnels pharmacie	63	61,84	75	64,57	81	69,99	73	75,37	58	55	- 11
Personnels laboratoire	109	106,81	113	106,75	154	144,80	156	150,54	172	166	55
Personnels radiologie	130	116,49	126	115,69	126	114,34	121	111,24	113	105,59	- 9
Autres personnels médico-techniques	132	116,04	133	118,58	506	438,55	565	484,44	551	508,64	338
Personnels techniques et ouvriers	186	165,32	191	178,26	187	174,27	189	181,42	180	174,14	5
Total Hors Services de Soins	1 227	1 096,53	1 221	1 095,12	1 642	1 464,90	1 700	1 532,94	1 690	1 546,46	41
Total personnel non médical salarié	2 296	2 075,54	2 335	2 092,98	2 753	2 476,80	2 744	2 527,14	2 690	2 469,23	19

Source : données de l'établissement, retraitement par la chambre

Annexe n° 3. Éléments de comparaison entre les normes comptables

Modèle pré-2020 (règlement ANC 2018-06 du 5 décembre 2018 relatif aux comptes annuels des personnels morales de droit privé à but non lucratif) :

Éléments pris en compte par le CER mais non par le compte de résultat :

- Legs encaissés et variation des stocks de legs, comptabilisés au bilan
- Ressources provenant de dons et legs, imputées directement en comptes de tiers
- Dépenses imputées directement en comptes de tiers : dépenses de recherche fondamentale, dotation de fonctionnement versée à la fondation Gustave Roussy, frais de collecte et de gestion des dons et legs

Modèle post-2020 (norme comptable M21) :

Éléments pris en compte dans les ressources collectées auprès du public mais non dans les ressources totales du CER :

- Ressources (dons et legs non affectés) comptabilisées en apport au capital
- Variations des produits constatés d'avance sur les dons et legs affectés
- Retranchement des autres ressources liées à la générosité du public : subventions versées par la fondation Gustave Roussy, nettes des versements effectués dans l'année.

Par ailleurs, cette nouvelle norme comptable ne fait plus apparaître les stocks comptabilisés avant 2020, correspondant à la valorisation du patrimoine immobilier légué mais non encore réalisé. Ils apparaissent désormais en engagements hors bilan.

Annexe n° 4. Principaux produits et charges

Tableau n° 35 : Principaux produits (en M€)

Principaux produits	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution (en %)
Fonds d'intervention régional (FIR)	10,2	10,3	10,3	10,5	10,2	0,1
Dotation MIGAC ⁵⁹	48,9	53	69,6	64,4	71,9	47
Dotation annuelle de financement	4,5	4,5	4,5	5,4	4,8	6
Forfaits techniques FIDES			4,4	4,6	6,3	100
Total de dotations ARS FIR	63,6	67,8	88,8	85	93,2	46
Dotations d'exploitations (hors FIR)	32,2	18,4	23,1	20,1	37,5	16
Rétrocessions de médicaments	7	5	5,8	6,8	9,4	35,4
Séjours médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ⁶⁰	140,3	144	144	150,5	159	13
Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie ⁶¹	29,9	33,8	2,7	3,1	2,8	- 90
Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'assurance maladie ⁶²	7,8	7,5	1,2	1,3	1,4	- 82
Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'assurance maladie	1,8	1,7	0,5	0,4	0,5	- 75
Forfait journalier	3,1	3,2	2,8	2,6	2,4	- 25
Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	38	43,8	32	29,3	34,7	- 9
Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement	1,9	3,5	3,9	3,7	4,6	140
Total produits	396,1	436	446,2	443,4	486,38	22

Source : comptes financiers et balances et retraitements CRC

⁵⁹ Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (cf. 6.2.1.2).

⁶⁰ Produits issus de la tarification à l'activité, pour sa part prise en charge par l'assurance maladie. À partir de 2020, la garantie de financement faisant suite à la crise sanitaire s'applique à ces produits (cf. 6.1.1.5).

⁶¹ Il s'agit de la part restant à la charge du patient ou de sa mutuelle.

⁶² Idem.

Tableau n° 36 : Principales charges en M€

Type de charges	Principales charges	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution (en %)
Charges médicales	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	55,90	67,67	79,92	82,31	82,30	47
Charges médicales	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	15,80	18,95	16,57	16,09	16,79	6
Charges médicales	Fournitures médicales	16,20	12,87	17,30	18,72	19,01	17
Charges hôtelières et générales	Services extérieurs et autres services extérieurs	38,11	39,26	43,79	46,23	45,28	19
Charges de personnel	Personnel extérieur à l'établissement	6,88	7,14	7,88	9,56	12,57	83
Charges de personnel	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	80,98	92,86	86,42	91,31	95,52	18
Charges de personnel	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	8,36	8,48	8,29	9,19	8,64	3
Charges de personnel	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel et hospitalo-universitaires titulaires	24,73	26,59	4,41	2,96	25,79	-4,2
Charges de personnel	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	37,40	34,57	35,84	38,95	45,6	21,9
Charges de personnel	Charges de sécurité sociale et de prévoyance -personnel médical (sauf 64529)	12,56	13,25	13,64	15,11	17,67	40,68
Charges financières, exceptionnelles, amortissements et provisions	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	46,30	62,92	44,40	30,12	31,40	- 32
	Autres	49,44	54,53	88,16	85,61	112,67	128
	Total charges	392,66	439,09	446,61	446,16	486,35	23,86

Source : balances et retraitement CRC

REPONSE DE L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY (*)

() Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du Code des juridictions financières.*



PR FABRICE BARLESI
DIRECTEUR GENERAL

CONTACT
Julie.florance@gustaveroussy.fr
Tél. : 01 42 11 40 16

Monsieur le Président
Chambre régionale des Comptes
Ile de France

OBJET : Réponse aux observations définitives relatives au contrôle des comptes et de la gestion de l'Institut Gustave-Roussy

Monsieur le Président,

Suite à la réception des observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes, je vous adresse les éléments de réponse et de précision suivants.

Etabli sur les exercices 2018 à 2022, le rapport couvre l'ensemble de la période de la crise sanitaire COVID, qui a fortement impacté Gustave Roussy comme l'ensemble des établissements de santé.

A l'appréciation d'abord d'une baisse tendancielle de l'activité de notre établissement sur cette période, je voudrais apporter au moins deux correctifs importants :

- d'une part, la baisse de séjours en hospitalisation complète, dans des proportions comparables à celles de l'ensemble des ESPIC franciliens, a été plus que compensée par la **progression des prises en charge ambulatoires** (- 2 978 séjours en HC vs + 6 711 séjours en HDJ)
- d'autre part, nos indicateurs de recrutement de **nouveaux patients restent en forte progression**, malgré la contraction des capacités d'hospitalisation : le nombre de patients hospitalisés a augmenté de 14,2%, et de 20% pour les nouveaux patients hospitalisés

Comme l'indique le rapport, seules les difficultés de recrutement de personnel spécialisé expliquent la diminution de nos capacités de prise en charge. Cette tendance est inversée depuis la fin de l'année 2022, le **solde positif du turn-over des métiers en tension** nous ayant permis de rouvrir des capacités d'hospitalisation complète et de traitement en radiothérapie. La **réduction des dépenses d'interim**, constatée en 2023 pour la première fois depuis 5 ans, vient confirmer cette amélioration de la situation de l'emploi soignant à Gustave Roussy.

Les équipes de Gustave Roussy sont donc parvenues, non seulement à préserver, mais à augmenter l'accueil des nouveaux patients, à l'exception des patients internationaux dont le nombre a été fortement réduit lors des deux années de la crise sanitaire, notamment du fait de la restriction de délivrance des visas par l'administration, avec une part de ces patients dans la file active divisée par deux, démontrant que **l'activité internationale ne vient pas évincer l'activité nationale**. De plus, depuis le dernier trimestre 2022, la réouverture progressive des capacités bénéficie concomitamment à l'ensemble des patients, quelle que soit leur origine.

Le rapport met ensuite en exergue la vétusté du parc de radiothérapie, en comparant celui-ci avec l'équipement des cabinets libéraux, alors que l'âge moyen de nos accélérateurs, soit 6,4 ans, est **inférieur à celui constaté dans tous les autres CLCC et dans les établissements publics**. Comme l'indique à juste titre ultérieurement le rapport, les investissements majeurs et continus en radiothérapie, concrétisés dès 2024 viendront corriger cette appréciation non justifiée d'un parc « vieillissant ».

Par ailleurs, les critiques relatives à la qualité de l'information comptable doivent être amendées, d'une part, par la **certification constante et sans réserve** des comptes financiers de l'hôpital sur l'ensemble de la période considérée, d'autre part, par les difficultés de recollement induites par le **changement de référentiel comptable** intervenu en fin d'exercice 2019 pour l'ensemble des CLCC, et, enfin, par les efforts de notre administration pour compléter les documents comptables réglementaires de Comptes Emplois Ressources plus adaptés à nos spécificités. Le rapport souligne ainsi la meilleure complétude des présentations sur la fin de la période de contrôle, malgré l'inadéquation du cadre réglementaire en vigueur.

Ensuite, l'analyse de la santé financière de Gustave Roussy insiste à juste titre sur l'impact de la crise sanitaire qui « a eu une incidence importante sur les produits ». En effet, comme pour l'ensemble des établissements de santé, le dispositif national de garantie de financement, précisément prévu pour cela, est venu compenser les pertes de recettes d'activité consécutives à la crise COVID.

Dans ce contexte, les **résultats financiers du CLCC ne se sont pour autant pas dégradés** et restent durablement plus favorables que ceux de l'ensemble des établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif ; en moyenne, sur les 5 exercices contrôlés, le résultat budgétaire s'établit à -0,1% des produits et le taux de capacité d'autofinancement nette à 3%, soit 67 M€ de CAF nette cumulée.

In fine, la situation patrimoniale de Gustave Roussy est certes atypique, puisque le besoin en fonds de roulement bénéficie des montants élevés des crédits de recherche et des dons. Cette **situation est néanmoins remarquablement saine et sécurisée**, qu'elle soit appréciée en fonction du niveau de trésorerie, équivalent à 28 jours de charges d'exploitation en moyenne sur ces cinq ans, ou de l'ensemble des indicateurs relatifs à l'encours et à la qualité de la dette, en amélioration constante sur la période, aboutissant à un ratio d'indépendance financière de 34% et un encours de dette de 15,5% en 2022.

Sur ce point de l'analyse bilancielle, je pense essentiel de **corriger le tableau 31 du rapport, entaché de plusieurs erreurs majeures** ; en annexe de cette réponse figurent les données corrigées des bilans 2018-2022.

Enfin, il me semble enfin important de porter à la connaissance de la Chambre notre appréciation sur les trois recommandations de performance formulées :

« 1. Définir précisément le devenir du site de Chevilly-Larue dans le projet stratégique institutionnel. »

Ce projet ne pouvait être stabilisé plus précocement avant une concertation avec l'ARS Ile de France, à l'origine de l'acquisition par Gustave Roussy de ce site en 2015, d'une part, et, avant la fin des échanges fonciers avec SADEV 94 sur le site de Villejuif, d'autre part. Ces préalables étant désormais levés, les instances de Gustave Roussy seront prochainement consultées sur les scénarii de devenir du site.

« 2. Mettre en œuvre une politique de contrôle renforcé de la qualité de l'information médicale »

L'amélioration continue de la qualité du codage constitue un impératif pour Gustave Roussy, comme pour tout établissement de santé. A ce titre, contrairement à ce qui apparaît dans le rapport, le **service d'information médicale procède évidemment chaque année à l'ensemble des contrôles d'exhaustivité et de qualité prévus**. Comme nous l'avions indiqué dans la phase contradictoire, nous confirmons également que la part des séjours de sévérité 3 et 4 reste, à DMS égale, inchangée dans la durée.

Par ailleurs, le rapport aurait également pu souligner deux spécificités fortes du recueil de l'information médicale à Gustave Roussy ; l'utilisation d'un dossier médical informatisé unique dédié à la cancérologie, et l'organisation d'un codage centralisé par une équipe de techniciens qualifiés, qui apporte les avantages d'un codage professionnalisé.

Enfin, aucune donnée statistique sur la période contrôlée ne vient confirmer, dans le rapport de la chambre ou dans les audits annuels des commissaires aux comptes, un éventuel défaut de qualité ou d'exhaustivité dans nos process de codage.

La recommandation mettant en exergue un défaut de fiabilité du codage ne nous paraît donc absolument pas étayée.

« 3. Formaliser une stratégie financière en élaborant un plan global de financement pluriannuel actualisé sur la base d'hypothèses de construction réalistes sur 10 ans. »

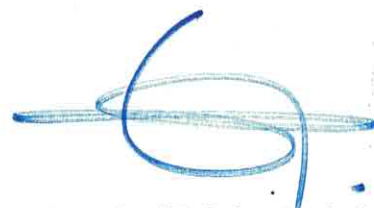
Le rapport souligne à plusieurs reprises la progression de la vétusté des installations de Gustave Roussy, mais aussi l'ambition de son plan stratégique ; ces éléments justifient donc un plan d'investissement « nécessaire pour maintenir le rang international de Gustave Roussy ».

Pour financer ce plan, **le conseil d'administration et l'ARS Ile de France ont approuvé des PGFP construits sur des hypothèses éprouvées**, notamment concernant l'évolution attendue des produits d'exploitation :

- il est prévu une **progression des recettes T2A de 3% par an** à partir de 2024, soit un taux de progression bien inférieur aux augmentations de 5% et 8% enregistrées en 2022 et 2023
- il était prévu de retrouver à partir de l'année 2027 le niveau de recettes historique de la patientèle internationale enregistré en 2019, avant la crise COVID ; en fait, **dès 2023, les recettes de l'activité internationale ont dépassé de plus de 2,5 millions d'euros celles de l'année 2019**, malgré une baisse des capacités du Département international
- il est prévu d'augmenter de 5 M€ en six ans le montant des dons et legs affectés à l'investissement, à comparer à la **progression de 20 M€ des dons et legs** perçus lors des six dernières années.

Je souhaitais porter à votre connaissance ces résultats consolidés des années 2022 et 2023, qui viennent confirmer le réalisme de nos hypothèses d'évolution budgétaire sur les cinq prochaines années.

Je vous prie de recevoir, **Monsieur le Président**, l'expression de mes sentiments les meilleurs,



Prof Fabrice Barlesi
Directeur Général

Annexe : Bilan de Gustave Roussy par année en M€, corrigeant le tableau n°31 de la page 63

Annexe : Bilan de Gustave Roussy par année en M€, corrigeant le tableau n°31 page 63

Tableau N° 31 : Bilan de l'IGR par année en €					
	2018	2019	2020	2021	2022
Emplois stables (immobilisations)	592 123 331	594 201 398	575 652 224	606 376 238	628 389 412
Total actif immobilisé brut	592 123 331	594 201 398	575 652 224	606 376 238	628 389 412
Ressources stables	590 755 261	587 703 473	571 122 166	612 417 775	639 707 529
Capitaux propres (hors provisions pour risques et charges)	112 363 191	100 538 497	111 310 929	125 887 021	139 729 656
Provisions risques et charges	15 583 462	12 561 239	12 483 736	12 402 089	12 683 071
Dotations amortissements, dépréciation et provisions	378 678 790	385 867 701	369 362 000	392 242 771	412 722 492
Dettes financières à LT (hors ICNE et crédits et lignes de trésorerie)	84 129 818	88 736 036	77 965 501	81 885 894	74 572 310
Fond de roulement net global	1 368 070	6 497 925	4 530 058	6 041 537	11 318 117
Actif circulant exploitation	73 650 593	87 663 051	106 427 948	106 292 329	121 711 734
Stocks (comptes classe 3)	13 815 920	16 408 759	10 231 140	14 144 647	14 024 210
Créances exploitation	59 834 673	71 254 292	96 196 808	92 147 682	107 687 524
Passif circulant exploitation	57 697 540	70 105 589	94 713 190	77 154 173	106 721 640
Avances reçues	11 734 558	-	-	-	-
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	34 548 029	30 763 396	36 164 896	23 347 085	37 199 847
Avances et acomptes des hospitalisés	-	7 567 296	22 437 824	18 207 368	31 772 064
Dettes fiscales et sociales	11 414 953	28 699 113	34 307 382	35 069 328	37 749 729
Caisse pivot / avance assurance maladie	-	3 075 784	1 803 088	530 392	-
Besoin de fonds de roulement d'exploitation	15 953 053	17 557 462	11 714 758	29 138 156	14 990 094
Actif circulant hors exploitation	17 861 819	32 289 330	18 257 749	14 458 216	17 761 188
Créances diverses	17 844 005	32 277 803	18 246 222	14 410 358	17 595 906
Charges constatées d'avance hors exploitation	17 814	11 527	11 527	47 858	165 282
Passif circulant hors exploitation	68 602 166	91 502 558	57 885 802	62 153 237	70 012 642
Dettes sur immobilisations	8 977 587	4 567 193	-	-	-
Fonds déposés par les hospitalisés et hébergés	205	205	-	-	-
Autres dettes divers (don les en instance; comptes créditeurs recherche et enseignement)	55 283 913	83 543 544	1 380 305	1 471 425	9 721
Intérêts courus non échus	857 467	691 489	647 734	537 075	419 820
Produits constatés d'avance	3 482 994	2 700 127	55 857 763	60 144 737	69 583 101
Besoin en fonds de roulement hors exploitation	- 50 740 347	- 59 213 228	- 39 628 053	- 47 695 021	- 52 251 454
Trésorerie active	33 419 225	35 157 841	27 104 847	32 209 994	48 579 478
Disponibilités	16 542 067	32 082 689	27 104 847	32 208 203	48 576 925
Valeurs mobilières de placement	16 877 158	3 075 152	-	1 791	2 553
Trésorerie passive	-	-	3 721 609	7 611 591	-
Retraitement concours bancaires courant et soldes créditeur de banque	-	-	3 721 609	7 611 591	-
Trésorerie nette	33 419 225	35 157 841	23 383 238	24 598 403	48 579 478



Chambre régionale des comptes Île-de-France
6 cours des Roches – BP 187 – Noisiel
77315 MARNE-LA-VALLÉE Cedex 2

Courriel : iledefrance@crtc.ccomptes.fr

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france>